

Heini Makkonen ja Henna Niekkamaa

Vertaileva katsaus Helsingin ja Uudenmaan ja Lapin sairaanhoitopiirien synnytyksistä ja synnyttäjistä vuosina 2010–2015

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Kesäkuu 2017

<p>Tekijä(t) Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Heini Makkonen, Henna Niekkamä Vertaileva katsaus Helsingin ja Uudenmaan ja Lapin sairaanhoitopiirien synnytyksistä ja synnyttäjistä vuosina 2010–2015</p> <p>37 sivua + 1 liitettä 10.6.2017</p>
Tutkinto	Sairaanhoitaja
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Eija Raussi-Lehto, THM, lehtori
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin ja Lapin sairaanhoitopiiriin synnytysten ja synnyttäjien välisiä eroja vuosina 2010–2015 ja pohtia mistä erot sairaanhoitopiirien välillä johtuvat. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää päätöksenteossa. Toteutimme opinnäytetyön kartoituksena, josta saatujen tietojen avulla vertailimme sairaanhoitopiirien synnytyksiä ja synnyttäjiä. Kartoituksessa käytimme pääaineistona Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuosien 2010–2015 perinataalitalastoja. Koimme aiheen tutkimisen tarpeelliseksi, sillä vastaavanlaista vertailua kahden sairaanhoitopiiriin välillä ei ole aiemmin Suomen sisällä tehty.</p> <p>Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen perinataalitalastoista valitsimme aihepiiriimme parhaiten sopivat tilastot, joista teimme 18 Excel – kuvaajaa. Synnytyksistä vertailimme sairaanhoitopiireittäin synnytysten määriä, synnytyksen aikana käytettyä kivunlievitystä ja perinataalikuolleisuutta. Sairaalasynnytyksistä vertailimme vain Lapin Keskussairaalan ja Kätilöopiston sairaalan synnytystilastoja, sillä ne ovat sairaanhoitopiiriensä suurimmat synnytys sairaalat. Otimme sairaalasynnytysten lisäksi huomioon myös näiden kahden sairaanhoitopiiriin suunnittelelmattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset. Synnyttäjistä vertailimme synnyttäjiä ikäryhmittäin, synnyttäjien keski-ikää, ensisynnyttäjien osuutta kaikista synnyttäjistä, synnyttäjien aiempia synnytyksiä, synnyttäjien painoindeksiä ennen raskautta ja raskauden aikana tupakoineiden synnyttäjien osuutta. Lisäksi vertailimme molempien sairaanhoitopiirien raskaudenkeskeytyksiä.</p> <p>Vertailuajanjaksolla Lapin sairaanhoitopiirissä oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin verrattuna enemmän synnytyksiä tuhatta 15–49-vuotiaista naista kohden sekä enemmän suunnittelelmattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä, uudelleensynnyttäjiä, raskauden aikana tupakoineita, raskaudenkeskeytyksiä ja ennen raskautta painoindeksiltään ylipainoisia synnyttäjiä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä oli puolestaan korkeampi kaikkien synnyttäjien ja ensisynnyttäjien keski-ikä ja siellä synnytettiin ylipäättään vanhempänä. Synnytyskivunlievityksessä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä käytettiin puudutteista eniten epiduraalipuudutusta ja Lapin sairaanhoitopiirissä paraservikaalipuudutusta. Perinataalikuolleisuus laski vertailuajanjaksolla molemmissa sairaanhoitopiireissä. Opinnäytetyön tuloksista siis ilmeni, että muutokset synnytyksissä ja synnyttäjissä olivat vertailuajanjaksolla monilta osin suurempia Lapin kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.</p>	
Avainsanat	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Lapin sairaanhoitopiiri, synnytykset, synnyttäjät; kartoitus

Author(s) Title Number of Pages Date	Heini Makkonen, Henna Niekkamaa A Comparative Overview of Parturients and Deliveries in the Helsinki and Uusimaa Hospital District and the Lapland Hospital District in 2010-2015 37 pages + 1 appendix 10 June 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and health care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Eija Raussi-Lehto, Senior Lecturer, MSc (Health Care)
<p>The purpose of this thesis was to identify differences between deliveries and parturients in the Helsinki and Uusimaa Hospital District and the area of Lapland Hospital District in 2010–2015. Purpose was also think about reasons that causes the differences. Our objective was to produce results that can be utilized in decision making. The thesis was conducted by using National Institute for Health and Welfare's (THL) Perinatal statistics in 2010–2015 as the main data. Perinatal statistics contains data on mothers given birth and children born in Finland. We felt it necessary to study the topic, because a similar comparison has not been done between two hospital districts.</p> <p>As for methods, we took 18 the most relevant statistics from National Institute for Health and Welfare's (THL) Perinatal statistics and made Excel graphs of them. In hospital births, we compared between hospital districts the number of deliveries, pain relief in labour, perinatal mortality, deliveries outside hospitals, deliveries by age group, parturients mean age, number of primiparas compared re-parturient, parturients' previous deliveries, parturients' body mass index (BMI) before pregnancy, abortions and smokers during pregnancy. In hospital births we compared statistic between The Kättilöopisto Maternity Hospital, Helsinki, Finland and The Lapland Central Hospital, Rovaniemi, Finland. We chose these two hospitals because they are the largest maternity hospitals in their hospital districts.</p> <p>In Lapland Hospital District were more births per 1 000 women aged 15 to 49 years and also more unplanned hospital births, reparturients, smoking during pregnancy and overweight parturients before pregnancy. On the contrary, the Helsinki and Uusimaa Hospital District had higher parturients and primiparas mean age and there birth giving mothers were considerably older. We found out that most used labour pain relief in Helsinki and Uusimaa Hospital District was epidural and in Lapland Hospital District most used labour pain relief method was paracervical block. Perinatal mortality decreased in both hospital districts in the reference period. So, the results showed that in the reference period changes in parturients and deliveries were bigger in Lapland Hospital District than Helsinki and Uusimaa Hospital District where changes remained more similar.</p>	
Keywords	The Hospital District of Helsinki and Uusimaa, The Lapland Hospital District, deliveries, parturients

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Syntyvyys, synnytykset ja synnyttäjät sairaanhoitopiireittäin	2
2.1	Sairaanhoitopiirit ja erityisvastuualueet	2
2.1.1	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	3
2.1.2	Lapin sairaanhoitopiiri	3
2.2	Syntyvyys ja synnytykset	4
2.2.1	Synnytys	5
2.2.2	Sairaalan ulkopuoliset synnytykset	6
2.2.3	Kivunlievitys synnytyksessä	7
2.3	Raskaana olevat ja synnyttäjät	8
2.3.1	Raskaudenkeskeytykset	8
2.3.2	Raskauden aikainen tupakointi	9
2.3.3	Synnyttäjien ikäjakauma	10
2.3.4	Synnyttäjien painoindeksi ennen raskautta	10
3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	12
4	Tutkimusmenetelmä	12
4.1	Kartoitus tutkimusmenetelmänä	12
4.2	Aineiston keruu	12
5	Tulokset	13
5.1	Synnytykset sairaanhoitopiireittäin	14
5.2	Sairaalan ulkopuoliset synnytykset sairaanhoitopiireittäin	15
5.3	Perinataalikuolleisuus sairaanhoitopiireittäin	15
5.4	Raskaudenkeskeytykset sairaanhoitopiireittäin	16
5.5	Raskauden aikana tupakoineet synnyttäjät sairaanhoitopiireittäin	17
5.6	Synnyttäjien ikä sairaanhoitopiireittäin	18
5.7	Synnyttäjien aiemmat synnytykset sairaanhoitopiireittäin	21
5.8	Synnyttäjien painoindeksi ennen raskautta sairaanhoitopiireittäin	23
5.9	Kivunlievitys sairaaloittain	25
6	Pohdinta ja johtopäätökset	28
6.1	Yhteenvedo tuloksista	28

6.1.1	Analyysi synnytyksistä	29
6.1.2	Analyysi synnyttäjäistä	33
6.2	Luotettavuuden pohdinta	35
6.3	Eettisyyden pohdinta	36
6.4	Tulosten hyödynnettävyys ja tulevaisuuden kehittämishaasteet	37
Liitteet		
Liite 1. Kuvaaja syntyvyydestä Pohjoismaissa vuosina 2010–2015		

1 Johdanto

Syntyvyys on ollut Suomessa laskussa viime vuosina. Vuonna 2010 Suomessa syntyi 61 371 lasta ja vuonna 2015 vastaava luku oli 55 759. Syntyneiden lasten määrä on siis pienentynyt noin 9 % kuuden vuoden aikana. Kaikista syntyneistä lapsista joka kolmas syntyy Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella ja Lapin sairaanhoitopiirin alueella hieman alle 2 %. (THL 2011; THL 2016a.)

Pinta-alaltaan Lapin sairaanhoitopiiri on melkein kolmanneksen koko Suomen maapinta-alasta (Tilastokeskus 2016b). Alueeseen kuuluu 15 kuntaa ja siellä asuu 117 789 asukasta (Suomen kuntaliitto 2015). Lapin sairaanhoitopiirissä koko alueen väestön erikoissairaanhoito, synnytykset mukaan lukien, on keskitetty Rovaniemellä sijaitsevaan keskussairaalaan (Lapin sairaanhoitopiiri 2016).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alue kattaa 3 % Suomen maapinta-alasta. Alueeseen kuuluu 24 kuntaa ja siellä asuu hieman alle kolmannes (1 616 321) Suomen väestöstä. (Kuntaliitto 2015.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella voi synnyttää viidessä eri sairaalassa: Kättilöopiston, Naistenklinikan, Hyvinkään, Jorvin ja Lohjan sairaaloissa (HUS 2017).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Helsingin ja Uudenmaan ja Lapin sairaanhoitopiirien synnytysten ja synnyttäjien välisiä eroja vuosina 2010–2015 ja pohtia mistä erot sairaanhoitopiirien välillä johtuvat. Haluamme ottaa vertailuun sairaanhoitopiireistä nimenomaan kaksi ääripäätä: pinta-alaltaan pienen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, jossa asuu suurin osa Suomen väestöstä ja vastakohtaksi harvaan asutun, pinta-alaltaan suuren Lapin sairaanhoitopiirin.

Synnytyksistä vertailemme sairaanhoitopiireittäin synnytysten määriä, synnytyksen aikana käytettyä kivunlievitystä ja perinataalikuolleisuutta. Synnytyssairaaloista vertailemme vain Lapin keskussairaalan ja Kättilöopiston sairaalan synnytystilastoja, sillä ne ovat sairaanhoitopiiriensä suurimmat synnytyssairaalat. Otamme sairaalasyntyysten lisäksi huomioon myös näiden kahden sairaanhoitopiirin suunnittelemattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset. Synnyttäjistä vertailemme sairaanhoitopiireittäin synnyttäjien keski-ikää, synnyttäjiä ikäryhmittäin, ensisynnyttäjien osuutta kaikista synnyttäjistä, synnyttäjien aiempia synnytyksiä, synnyttäjien painoindeksiä ennen raskautta ja raskauden

aikana tupakoineiden synnyttäjien osuutta. Lisäksi vertailemme sairaanhoitopiirien raskaudenkeskeytyksiä.

Tutkimusaineistona käytämme pääasiassa Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) virallisia vuosien 2010–2015 perinataalitilastoja, joissa on tilastoituna tietoja suomalaisista synnyttäjistä, synnytyksistä ja vastasyntyneistä. Vastaavanlaista vertailua kahden sairaanhoitopiirin välillä ei ole Suomessa tehty synnytysten ja synnyttäjien osalta, joten koemme kartoituksen tekemisen tarpeelliseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa päätöksenteon tueksi ja lisätä omaa sekä muiden tietoisuutta alueen merkityksestä synnytyksiin ja synnyttäjiin.

2 Syntyvyys, synnytykset ja synnyttäjät sairaanhoitopiireittäin

2.1 Sairaanhoitopiirit ja erityisvastuualueet

Suomessa on 20 sairaanhoitopiiriä (kuvio 1), jotka muodostuvat sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvista kunnista. Sairaanhoitopiirien päätehtävänä on järjestää alueensa väestön tarpeita vastaavia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole kannattavaa tuottaa. Muita sairaanhoitopiirien tehtäviä on vastata terveyskeskusten tuottamista laboratorio- ja röntgenpalveluista sekä lääkinnällisen kuntoutuksen ja muiden erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Sairaanhoitopiirien kuntainliitot huolehtivat myös alueensa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. (Tilastokeskus 2017.)

Maa jaetaan sairaanhoitopiirien lisäksi erityisvastuualueisiin, jotka huolehtivat alueidensa erityistason sairaanhoidon järjestämisestä. Valtioneuvosto määrää erityisvastuualueet siten, että kuhunkin alueeseen kuuluu sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto. (Tilastokeskus 2017.) Suomessa erityisvastuualueita on viisi: Oulun, Helsingin, Tampereen, Turun ja Kuopion yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueet.

Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue kattaa noin puolet koko Suomen maapinta-alasta ja sen alueella asuu 741 950 asukasta. Erityisvastuualue on siis alueellisesti

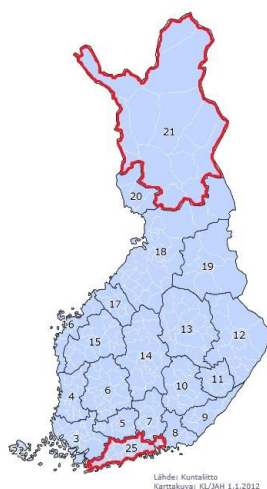
kaikista suurin, mutta asukasluvultaan kaikista pienin erityisvastuualue. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella asuu 1 919 254 asukasta eli yli kolmannes koko Suomen väestöstä ja sen pinta-ala on 6,5 % Suomen maapinta-alasta. Tämä erityisvastuualue on maapinta-alaltaan kaikista pienin, mutta asukasluvultaan kaikista suurin erityisvastuualue. (Suomen kuntaliitto 2017; Tilastokeskus 2016b.)

2.1.1 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri kuuluu Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueeseen ja se kattaa 3 % Suomen maapinta-alasta (Tilastokeskus 2016b). Alueeseen kuuluu 24 kuntaa ja siellä asuu hieman alle kolmannes (1 616 321) Suomen väestöstä (Suomen kuntaliitto 2017). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin ja samalla koko Suomen suurin kunta väkiluvun mukaan on Helsinki. Helsingissä asuu noin kolmasosa koko Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin asukkaista. (Tilastokeskus 2016b.)

2.1.2 Lapin sairaanhoitopiiri

Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen kuuluva Lapin sairaanhoitopiiri on maapinta-alaltaan kaikista suurin sairaanhoitopiiri (Suomen kuntaliitto 2017). Siihen kuuluu 15 kuntaa ja siellä asuu 117 789 asukasta (Suomen kuntaliitto 2015). Rovaniemi on väkiluvultaan Lapin sairaanhoitopiiriin suurin kunta ja 16. suurin kunta koko Suomessa. Rovaniemellä asuu 61 838 ihmistä eli yli puolet koko Lapin sairaanhoitopiiriin asukkaista. (Tilastokeskus 2016b.)



Kuvio 1. Lapin sairaanhoitopiiri ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (Kuntaliitto 2012).

2.2 Syntyvyys ja synnytykset

Tutkimusten mukaan on turvallista synnyttää ja syntyä Suomessa (Kassebaum – Bertozzi-Villa – Coggeshall ym. 2015; Mohangoo – Buitendijk – Szamotulska ym. 2011). Suomessa ja muissa Pohjoismaissa perinataaliterveys on hyvää muihin Euroopan maihin verrattuna. Esimerkiksi Suomessa vastasyntyneiden ja synnyttäneiden naisten kuolleisuus on hyvin matala ja ennenaikaisten sekä pienipainoisten lasten osuus on pieni. (European Perinatal Health Report 2013.) Euro-Peristat-hanke on seurannut ja tuottanut koko Euroopan laajuista tietoa vastasyntyneiden, sikiöiden, imeväisten ja raskaana olevien terveydestä ja lähes kaikilla näillä mittareilla mitattuna suomalaiset synnyttäjät ja vastasyntyneet ovat kärkisijoilla Euroopassa (Zeitlin – Mohangoo – Delnord – Cuttini 2013; European Perinatal Health Report 2013).

Suomessa on syntynyt vuosien 2010–2015 aikana keskimäärin hieman alle 60 000 lasta vuodessa. Lapsia syntyy joka vuosi eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella: joka kolmas suomalainen syntyy jossakin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin viidestä synnytyssairaalaista. Lapin sairaanhoitopiirissä syntyy joka vuosi keskimäärin 2 % kaikista Suomessa syntyneistä lapsista. (THL 2016a.)

Syntyvyys on viime vuosina laskenut ja Suomi on vähitellen pudonnut pois Euroopan suhteellisen korkean syntyvyyden maiden joukosta (Miettinen 2015: 3). Ruotsia ja Tanskaa lukuun ottamatta syntyvyys, eli elävänä syntyneiden lasten keskiarvoinen lukumäärä tuhatta asukasta kohden, on laskenut tai pysynyt ennallaan vuosien 2010–2015 välisenä aikana myös muissa Pohjoismaissa (THL 2016b). Verrattaessa Pohjoismaiden syntyvyyttä keskenään, on vuosina 2010–2014 alhaisin syntyvyys ollut tuhatta asukasta kohden Tanskassa ja toiseksi alhaisin Suomessa, mutta vuonna 2015 syntyvyys oli Suomessa alhaisinta. Korkein syntyvyys vuosina 2010–2015 on ollut Islannissa. Kuvaaja syntyvyydestä Pohjoismaissa vuosina 2010–2015 löytyy liitteestä 1. (Nordic Statistical Institutes and Eurostat 2016.) Vuonna 2014 pohjoismaisista lapsista yli joka kolmas syntyi Ruotsissa, kun taas Suomen, Tanskan ja Norjan osuudet olivat 19–20 prosenttia. Islannissa syntyi samana vuonna 1,5 prosenttia Pohjoismaiden kaikista vastasyntyneistä. (THL 2016b.)

Myös Keskimääräinen lapsiluku eli kokonaishedelmällisyysluku on laskenut Suomessa. Kokonaishedelmällisyysluku oli vuonna 2010 naista kohden 1,87 ja vuonna 2015 vastaava luku oli 1,65. Hedelmällisyysluvut ovat olleet viime vuosina Lapin alueella hieman korkeammat kuin koko Suomen keskiarvo ja puolestaan Uudellamaalla hedelmällisyysluvut ovat olleet matalimmat. (Miettinen 2015: 3-14.) Viimeisten vuosikymmenten aikana osa muistakin Euroopan maista on kokenut huomattavan laskun hedelmällisyysluvuissa ja vaikka hedelmällisyys on yleisesti laskusuunnassa, on Euroopan maiden välillä paljon eroja. Esimerkiksi Saksassa ja Itävallassa hedelmällisyysluku on romahtanut 1,3 tai sen alle ja puolestaan korkeimmat hedelmällisyysluvut Euroopassa ovat Ranskassa, Irlannissa ja Skandinaviassa. Kaiken kaikkiaan Euroopassa naiset tulevat nykyään äidiksi myöhemmällä iällä ja sen seurauksena saavat vähemmän lapsia fertiili-iässä eli 15–49-vuotiaina. (Adsera 2011: 2-15.)

2.2.1 Synnytys

Raskauden kestänyt 22 viikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500g, voidaan puhua kansainvälisen määritelmän mukaan synnytyksestä. Synnytystä pidetään täysiaikaisena, kun raskaus on kestänyt vähintään 37 viikkoa ja yliaikaisena, kun raskaus on kestänyt 42 viikkoa. Synnytys voi alkaa lapsivedenmenolla tai supistuksilla ja Suomessa synnytykset hoidetaan pääasiassa sairaaloissa. Normaalisti synnytys sujuu itsestään eikä sen kulkuun tarvitse puuttua, mutta kättilön tehtävänä on kuitenkin seurata synnytyksen edistymistä. Synnytyksen aikana seurataan sekä sikiön että äidin vointia, jotta mahdolliset häiriöt havaitaan ajoissa. (Sariola – Tikkanen 2011: 315.)

Suomessa oli vuonna 2010 yhteensä 32 synnytyssairaalaa, joissa tapahtui 60 422 synnytystä. Vuonna 2015 synnytyssairaaloita oli 27 ja synnytyksiä 55 007. Synnytystoiminta lakkautettiin siis viidestä sairaalasta vuosien 2010–2015 välisenä aikana. (THL 2016a.) Synnytyssairaaloiden lakkauttaminen on ollut seurausta Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2015 voimaantulleelle päivystysasetukselle, jonka mukaan synnytystoiminnan jatkaminen edellyttää vähintään 1000 synnytystä vuodessa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014). Muutama alle 1000 synnytystä vuodessa hoitava synnytyssairaala toimii kuitenkin vielä Sosiaali- ja terveysministeriön antamalla määräaikaisella poikkeusluvalla (Nieminen 2016).

Synnytyksiä hoitavalta sairaalalta edellytetään päivystysasetuksen 782/2014 mukaan myös muun muassa valmiuksia kiireellisen hoidon antamiseen, joka tarkoittaa tarvittavaa määrää kättilöitä ja leikkaushenkilökuntaa sekä sopivat tilat, välineet ja laitteet. Synnytysyksiköissä täytyy myös olla nopeasti saatavilla anestesiologian, naistentautien- ja synnytysten sekä lastentautien erikoislääkärit. Suomen lisäksi muissakin Pohjoismaissa synnytyssairaaloiden lukumäärä on vähentynyt ja kaikissa Pohjoismaissa siirrytään kohti suurempia synnytysyksiköitä. (THL 2016b.)

2.2.2 Sairaalan ulkopuoliset synnytykset

Suomessa sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä on kasvanut vuosien 2010–2015 välisenä aikana noin 35 % (THL 2016a). Sairaalan ulkopuolisella synnytyksellä tarkoitetaan synnytystä, joka tapahtuu jossakin odottamattomassa paikassa, kuten kotona, matkalla sairaalaan, yleisellä paikalla tai kulkuvälineessä (Äimälä 2015: 385). Suurin lisäys matkasynnytysten määrässä on tapahtunut vuodesta 2012 vuoteen 2015. Vuonna 2012 kaikista synnytyksistä matkalla sairaalaan tapahtui 63 ja muista syistä suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli 60, kun taas vuonna 2015 matkalla sairaalaan tapahtui 82 synnytystä ja muista syistä suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä 104. Matkasynnytyksiä oli siis vuonna 2015 noin 42,3 % enemmän vuoteen 2012 verrattuna. (THL 2014; THL 2016a.)

Suurin lisäys sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä on tapahtunut Etelä-Suomessa tiheän sairaalaverkon alueella (Nieminen 2015: 20). Matkasynnytykset eivät siis ole merkittävästi lisääntyneet Lapin sairaanhoitopiiriin alueella, missä välimatkat sairaalaan ovat kaikista pisimmät. Lapin sairaanhoitopiirin suuren pinta-alan vuoksi etäisyydet Rovaniemen keskussairaalaan ovat esimerkiksi Utsjoelta 450km ja Kilpisjärveltä 425km (Lapin sairaanhoitopiiri 2016).

Perinataalikuolleisuus on puolestaan Suomessa vähitellen laskenut, vaikka sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä onkin lisääntynyt. Perinataalikuolleisuus tarkoittaa kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden lasten määrää 1 000 kaikkia syntyneitä lapsia (elävänä ja kuolleena syntyneet) kohti. Vuonna 2005 tuhannesta syntyneestä lapsesta syntyi kuolleena tai kuoli ensimmäisen elinviikon aikana 5,0 lasta, kun taas vastaava luku vuonna 2015 oli 4,1. (THL 2016a.) Perinataalikuolleisuus

on vähentynyt myös muissa Pohjoismaissa ja erot maiden välillä ovat lähes kadonneet (THL 2016b: 7).

2.2.3 Kivunlievitys synnytyksessä

Kipu on olennainen osa synnytystä ja kivunlievitys olennainen osa syntymän hoitoa. Synnytyskipun voimakkuus on yksilöllistä ja kivun voimakkuuteen voi vaikuttaa sikiön asentoon ja kokoon vaikuttavat tekijät, synnyttäjän yleisvointi ja aiemmat synnytykset, supistusten voimakkuus ja synnytyksen edistyminen. Synnytyskipua voidaan hoitaa lääkkeellisillä ja ei-lääkkeellisillä menetelmillä sekä näiden yhdistelmillä ja synnyttäjän tarpeet ovat kaiken kivunlievityksen perusta. (Raussi-Lehto 2015: 256.) Lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät jaetaan koko kehoon vaikuttaviin ja vain osaan kehoa vaikuttaviin menetelmiin. Koko kehoon vaikuttavia kivunlievitysmenetelmiä ovat ilokaasu ja vahvat kipulääkkeet: ne vaimentavat kiputunteuksia, mutta eivät poista kipua. Erilaiset puudutukset vaikuttavat vain kehon johonkin osaan ja niitä käytetään yleensä synnytyksen edistyessä, jolloin tarve kivunlievitykseen on lisääntynyt. (Sarvela – Toivonen – Viitanen 2007.) Vuonna 2010 vähintään yhtä kivunlievitystä sai 91 % kaikista alakautta synnyttäneistä ja vuonna 2015 vastaava luku oli 92 %. Kivunlievityksen käyttö on siis pysynyt melko samana näiden kuuden vuoden aikana. (THL 2011; THL 2016a.)

Ei-lääkkeellinen kivunlievitys on synnytyskipun lievittämistä ilman lääkkeitä. Ei-lääkkeetön kivunlievitys voi lisätä synnyttäjän tyytyväisyyttä ja voi antaa synnyttäjälle tunteen, että hänellä on synnytys hallinnassa. Lääkkeetön kivunlievitys saattaa myös vähentää tarvetta synnytykseen liittyvien toimenpiteiden tekemiseen. Ei-lääkkeetön lähestymistapa sisältää lukuisia tekniikoita paitsi fyysisten tunteuksien lievittämiseen, myös psyykoemotionaalisen ja henkisen terveyden parantamiseen. (Chaillet ym. 2014; Simkin – Bolding 2004.) Synnytyskipun lievittämiseen käytettäviä ei-lääkkeellisiä menetelmiä ovat muun muassa perhe- ja synnytysvalmennus, myönteinen hoitosuhde, ajantasaisen tiedon antaminen, asentohoito ja liikkuminen, kosketus ja hieronta, aqua-rakkulat sekä vesi- ja lämpöhoito (Raussi-Lehto 2015: 258–260).

Puudutteet ovat tehokkaita kivunlievitysmenetelmiä ja synnytyskipun hoidossa käytetään pääasiassa kolmenlaisia puudutuksia: selkäytimen tasolla vaikuttavia epiduraali- tai spinaalipuudutuksia sekä tiettyjä hermoja puuduttavia paraservikaali- ja pudendaalipuudu-

tuksia. Epiduraalipuudutus on tehokas kivunhoitomenetelmä silloin, kun muut kivunlievitysmenetelmät eivät ole riittäviä ja se laitetaan vasta, kun synnytys on varmasti käynnissä. Epiduraalipuudutus laitetaan epiduraalitilaan kovakalvon ja lukinkalvon muodostaman kalvorakenteen ulkopuolelle. Puudutuksen maksimiteho saavutetaan 20–25 minuutissa ja sen vaikutus kestää puolestatoista tunnista kahteen tuntiin. (Raussi-Lehto 2015: 262.) Epiduraalipuudutusta käytetään erityisesti ensisynnyttäjillä ja se on kivunlievitysmenetelmänä jatkuvasti yleistynyt. Vuonna 2010 epiduraalipuudutuksen sai 45 % kaikista alakautta synnyttäneistä, vastaava luku vuonna 2015 oli 50 %. (THL 2011; THL 2016a.)

Spinaalipuudutuksen suurin ero verrattuna epiduraalipuudutukseen on, että se laitetaan lukinkalvon ja kovakalvon muodostaman yhtenäisen kalvorakenteen läpi selkäydinesteeseen. Spinaalipuudutuksessa käytetään pienempää lääkeannosta kuin epiduraalipuudutuksessa ja se tehoaa nopeammin. (Raussi-Lehto 2015: 264.) Spinaalipuudutusta käytetään erityisesti uudelleensynnyttäjien kivunlievitysmenetelmänä. Vuonna 2010 kaikista alakautta synnyttäneistä 14,8 % sai spinaalipuudutuksen ja vastaava luku vuonna 2015 oli 19,8 %. (THL 2011; THL 2016a.)

Paraservikaalipuudutus on kohdun hermojen johtopuudutus, joka vaikuttaa nopeasti. Sen laittaminen on nopeaa, joten sitä käytetään erityisesti uudelleensynnyttäjillä. Paraservikaalipuudutus vaikuttaa jo parissa minuutissa ja sen vaikutus kestää puolestatoista kahteen tuntiin. Pudendaalipuudutusta eli häpyhermon johtopuudutusta käytetään lievittämään ponnistusvaiheen kipua. Puudutusta voidaan käyttää yhdessä kaikkien muiden kivunlievitysmenetelmien kanssa ja sen vaikutusaika on yhdestä kahteen tuntia. (Raussi-Lehto 2015: 264-265.)

2.3 Raskaana olevat ja synnyttäjät

2.3.1 Raskaudenkeskeytykset

Raskaudenkeskeytys tarkoittaa toimenpiteillä käynnistettyä raskauden päättymistä, jossa sikiön ei tiedetä kuolleen kohtuun ennen keskeyttämistoimenpidettä ja joka johtaa yhden tai useamman sikiön kuolemaan. Laki raskaudenkeskeyttämisestä (239/1970) ja sen nojalla annettu asetus raskauden keskeyttämisestä (359/1970) antavat Suomessa perusteet raskaudenkeskeytykselle. Tämän lain säännöksiin raskaus voidaan naisen

pyynnöstä keskeyttää muun muassa, jos raskauden jatkuminen tai lapsen synnyttäminen vaarantaisi naisen terveyden tai hengen hänen sairauden, ruumiinvian tai heikkoutensa vuoksi. Myös naisen tai hänen perheensä elämänotot ja muut olosuhteet huomiioon ottaen raskauden keskeytys on mahdollinen, jos lapsen synnyttäminen ja hoito olisi naiselle huomattava rasitus.

Raskaudenkeskeytysten määrään vaikuttavat lainsäädäntö, yhteiskunnan ja kansalaisten asenne, äitiyteen liittyvät sosiaaliset normit sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen saatavuus (Niinimäki 2012). Raskaudenkeskeytyksiä tehtiin vuonna 2015 koko Suomessa 9440, mikä on 8,2 keskeytystä tuhatta hedelmällisyysikäistä (15–49 vuotiasta) naista kohden. Keskeytysten lukumäärä on vähentynyt 8,4 % vuodesta 2010 vuoteen 2015. (THL 2016c.) Suomessa raskaudenkeskeytysten määrä on pieni muihin länsimaihin verrattuna ja Pohjoismaista kaikista pienin (Heikinheimo – Suhonen 2011: 169). Eniten raskaudenkeskeytyksiä on tehty joka vuosi 20–24 vuotiaille, mutta myös tämän ikäluokan keskeytysten määrä on laskenut vuosien 2010–2015 välisenä aikana. Vähiten vuosina 2010–2015 raskaudenkeskeytyksiä tehtiin 15–19-vuotiaille ja tämän ikäryhmän keskeytysten määrä on eniten laskenut näiden kuuden vuoden aikana. Eniten keskeytyksiä tehdään, kun raskaus on kestänyt 7–8 viikkoa.

Suomessa eniten raskaudenkeskeytyksiä tehdään Ahvenanmaan jälkeen Pohjois-Suomessa Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiireissä. Kaksi kolmasosa vuonna 2015 raskauden keskeyttäneistä naisista sanoi käyttäneensä raskauden alkaessa jotain ehkäisy menetelmää. Samana vuonna joka kolmas raskaudenkeskeytys tehtiin naiselle, jolle oli tehty raskaudenkeskeytys aiemmin ja yli puolet raskauden keskeyttäneistä oli synnyttänyt ainakin kerran aikaisemmin. Paras keino vaikuttaa toistuviin raskaudenkeskeytyksiin sekä synnyttäneiden naisten raskaudenkeskeytyksiin on sopivan ehkäisyn oikea-aikainen valinta. (THL 2016c.)

2.3.2 Raskauden aikainen tupakointi

Vuosina 2010–2015 Suomessa kaikista synnyttäneistä raskausaikana on tupakoinut noin 15–16 %. Kuitenkin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana tupakoinnin lopettaneiden määrä on lisääntynyt joka vuosi. Vuonna 2015 raskauden aikana tupakoineista lähes puolet (48,8 %) lopetti tupakoinnin raskauden alussa. Raskauden aikainen tupakointi on ollut joka vuosi paljon yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä. (THL 2016a.)

Raskauden aikana tupakoineiden määrän laskusta huolimatta, on Suomessa ollut kuitenkin muihin Pohjoismaihin verrattuna eniten raskauden lopussa tupakoineita synnyttäjiä. Pohjoismaissa vähiten raskauden aikana tupakoineita synnyttäjiä on ollut joka vuosi Ruotsissa. (THL 2016b.)

Raskauden aikainen tupakointi aiheuttaa monia haittavaikutuksia. Monet tupakansavun sisältämistä kemikaaleista ovat haitallisia sikiölle: esimerkiksi nikotiini heikentää kohdun ja istukan verenkiertoa ja sikiön hapensaantia ja hiilimonoksidi vähentää hapen kulkumista sikiön kudoksiin. Tupakointi raskauden aikana lisää myös huomattavasti riskiä istukan ennenaikaiseen irtoamiseen, perinataalikuolleisuuteen, sikiön kasvuhäiriöihin ja ennenaikaiseen synnytykseen. Raskauden aikaisesta tupakoinnista on haittaa myös lapsen myöhemmälle terveydelle: heillä on muun muassa enemmän ylivilkkautta ja keskittymishäiriöitä kouluiässä ja he ovat alttiimpia hengitystieinfektioille. (Laine – Lehtonen – Tikkanen 2017; Tiitinen 2016.)

2.3.3 Synnyttäjien ikäjakauma

Suomessa synnyttäjien keski-ikä on jatkuvasti noussut ja keski-ikä on vuosikymmenen ajan ollut noin 30 vuotta. Kun vuonna 2010 lapsi saatiin keskimäärin 29,9 vuotiaana, niin vuonna 2015 synnyttäjien keski-ikä oli jo 30,6 vuotta ja ensisynnyttäjien keski-ikä 28,8 vuotta. Ensisynnyttäjien keski-ikä on vuodesta 2000 vuoteen 2015 noussut 1,2 ikävuodella kun taas kaikkien synnyttäjien keski-ikä on samassa ajassa noussut 0,7 ikävuodella. (THL 2016a.)

Viimeisen 30 vuoden aikana kaikissa länsimaissa on kasvanut trendi siirtää lasten hankinta yhä myöhemmäksi, usein hedelmällisen iän viimeiselle vuosikymmenelle. Väestöliiton mukaan paras hedelmöittymisikä naisilla on 20–25 vuoden iässä. Väestömuutostiedoista käy ilmi, että Suomessa lasten saanti on yleisintä 30–34-vuotiailla ja toiseksi yleisintä 25–29-vuotiailla, mutta myös 40–44-vuotiaiden synnyttäjien synnytysten määrä on jatkanut lievää kasvua. (Tilastokeskus 2016a.) Vuonna 2015 kaikista synnyttäjistä yli 35-vuotiaita oli 20,8 %, kun vuonna 2010 yli 35-vuotiaita synnyttäjiä oli vain 18,4 % (THL 2016a).

2.3.4 Synnyttäjien painoindeksi ennen raskautta

Painoindeksi eli BMI (body mass index) avulla voidaan arvioida pituuden ja painon suhteisuutta. Sitä voidaan käyttää painon mittarina 18 vuoden iästä lähtien. Normaalin painoindeksi määritelmä tarkoittaa, että painoindeksi on 18,5 – 24,9. Jos painoindeksi on suurempi kuin 25, tulkitaan se ylipainoksi eli lihavuudeksi ja puolestaan jos painoindeksi on alle 18,5, tulkitaan se alipainoksi eli laihuudeksi. (Mustajoki 2015.) Painoindeksi perusteella lihavuus luokitellaan vaikeusasteisiin taulukon 1. mukaisesti.

Taulukko 1. Painoindeksi määritelmä (Duodecim 2015).

BMI	Määritelmä
– 18,4	Normaalia alhaisempi paino
18,5 – 24,9	Normaali paino
25 – 29,9	Lievä ylipaino
30 – 34,9	Merkittävä ylipaino
35 – 39,9	Vaikea ylipaino
yli 40	Sairaallinen ylipaino

Vuosien 2010–2015 synnyttäjien raskautta edeltävän painoindeksi (BMI) keskiarvo on ollut Suomessa noin 24,5 ja joka kolmas (35 %) synnyttäjä on näinä vuosina ollut ylipainoinen (BMI \geq 25). Lihavia (BMI \geq 30) on ollut kaikista synnyttäjistä noin 13 %. Joka vuosi vähiten ylipainoisia synnyttäjiä on koko Suomessa ollut Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Vuodesta 2008 vuoteen 2013 ylipainoisten synnyttäjien osuus kasvoi 4 % ja lihaviin synnyttäjien osuus 2 %, mutta vuosina 2013–2015 ylipainoisten ja lihaviin synnyttäjien osuudet laskivat hieman aiempiin vuosiin verrattuna. Vuosina 2010–2015 on joka vuosi painoindeksi keskiarvo ollut 35 vuotta täyttäneillä synnyttäjillä hieman korkeampi kuin kaikkien synnyttäjien painoindeksi keskiarvo. (THL 2011–2016a.) Vuoden 2010 Euroopan perinataaliraportin mukaan lihaviin synnyttäjien osuudet (BMI \geq 30) ovat olleet myös muissa Pohjoismaissa 12–13 % (European Perinatal Health Report 2013).

Lihavuus aiheuttaa merkittäviä raskaudenaikaisia riskejä. Raskausdiabeteksen riski on ylipainoisilla nelinkertainen ja lihavilla viisinkertainen. Pre-eklampsian riski nousee ylipainoisilla kaksinkertaiseksi ja lihavilla lähes kolminkertaiseksi. Ylipainoisille tehdään myös enemmän keisarinleikkauksia ja heidän toipumisensa leikkauksesta on hitaampaa ja leikkauksen jälkeisten tulehdusten riski on suurempi kuin normaalipainoisilla. (Gissler – Sankilampi 2015.)

3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Helsingin ja Uudenmaan ja Lapin sairaanhoitopiirien synnytyksien ja synnyttäjien välisiä eroja ja pohtia mistä erot sairaanhoitopiirien välillä johtuvat. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää päätöksenteossa ja lisätä omaa sekä muiden tietoisuutta alueen merkityksestä synnytyksiin ja synnyttäjiin.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia eroja on Helsingin ja Uudenmaan ja Lapin sairaanhoitopiirien synnyttäjissä ja synnytyksissä?
2. Millaisia syitä on löydettävissä selittämään eroja sairaanhoitopiirien välillä?

4 Tutkimusmenetelmä

4.1 Kartoitus tutkimusmenetelmänä

Toteutamme opinnäytetyön kartoituksena, josta saatujen tietojen avulla vertailemme Helsingin ja Uudenmaan ja Lapin sairaanhoitopiirien synnytyksiä ja synnyttäjiä vuosina 2010–2015. Kartoittavalla tutkimuksella voi olla neljä tarkoitusta: katsoa mitä tapahtuu, etsiä uusia näkökulmia tai löytää uusia ilmiöitä, selvittää vähän tunnettuja ilmiöitä sekä kehittää hypoteeseja (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2015: 129). Kartoitus sopii tutkimusmenetelmänä esimerkiksi tutkimuksiin, joiden tarkoituksena on saada nopeasti väliä päätöksentekoon (Vilkkä 2005: 46). Toteutamme tämän opinnäytetyön nimenomaan päätöksenteon tueksi ja samalla kartoitamme ilmiötä, jota ei ole aikaisemmin tutkittu.

4.2 Aineiston keruu

Käytimme päätietolähteinä virallisia tilastoja ja erilaisia tilastorekisterejä. Tulokset saimme suoraan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuosien 2010–2015 perinataalitalastoista, joissa on tilastoituna tietoja suomalaisista synnyttäjistä, synnytyksistä ja vastasyntyneistä. THL tuottaa aiheesta uuden tilastoraportin joka vuosi ja Tilastoraporttien tilastot perustuvat edellisen kalenterivuoden aikana tapahtuneisiin tietoihin. THL on kerännyt tietoja syntyneiden lasten rekisteriin jo vuodesta 1987 asti. (THL 2016a.)

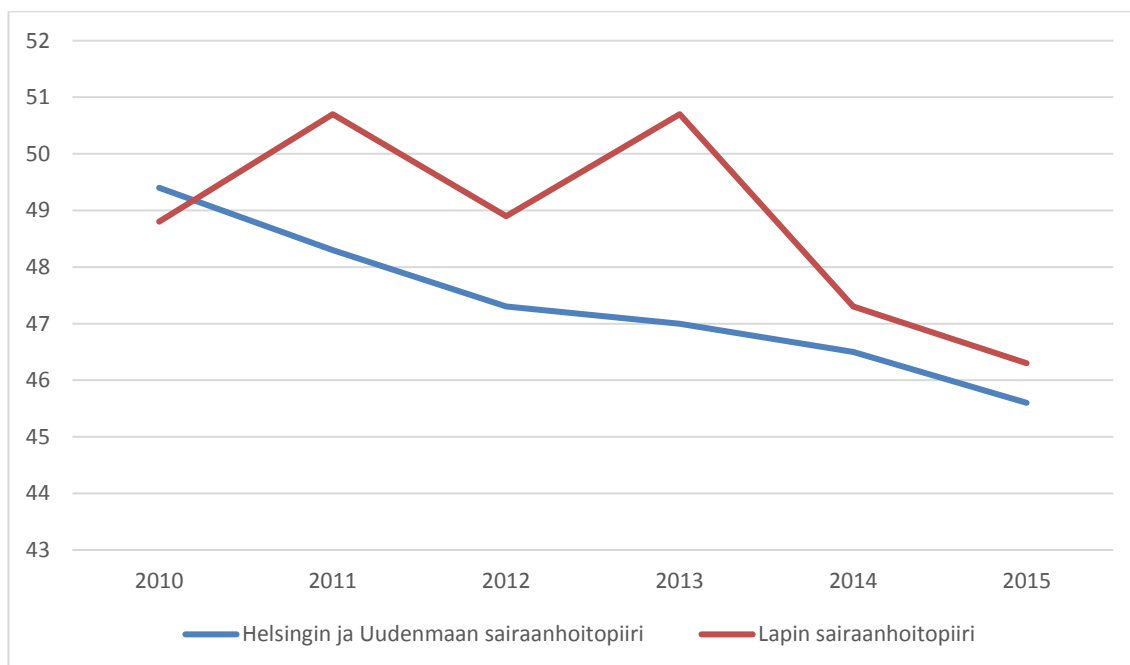
Perinataalitalastoista käytimme lähes kaikkia tilastoja, jotka liittyivät työmme aihepiiriin, eli joiden avulla saimme vertailutietoa Helsingin ja Uudenmaan ja Lapin sairaanhoitopiireistä tai Lapin keskussairaalaista ja Kätilöopiston sairaalasta. Teimme tilastoista itse kuvia, jotka sisältävät tietoa eri aihealueista tutkimiltamme vuosilta 2010–2015. Kuvajissa on sairaanhoitopiireittäin vertailuarvoina synnytykset, sairaalan ulkopuoliset synnytykset, perinataalikuolleisuus, synnyttäjien keski-ikä, synnyttäjien ikäryhmät, synnyttäjien aiemmat synnytykset, synnyttäjien painoindeksi ennen raskautta, synnyttäjien painoindeksi ≥ 30 ennen raskautta, raskauden aikana tupakoineet synnyttäjät ja raskauden keskeytykset sekä sairaaloittain käytetyt kivunlievitysmenetelmät.

Tietoperustassa käytimme myös muun muassa tilastokeskuksen, Terveiden ja Hyvinvoinninlaitoksen pohjoismaisten perinataalitalastojen, Väestöliiton sekä European Perinatal Health Report -hankkeen tuottamia tilastotietoja. Tilastokeskus tuottaa valtaosan Suomen virallisista tilastoista (Tilastokeskus 2017). Pohjoismainen perinataalitalasto puolestaan sisältää synnyttäjiin, synnytyksiin ja vastasyntyneisiin liittyviä tilastotietoja kaikista Pohjoismaista (Islanti, Norja, Ruotsi, Suomi ja Tanska) ja tilastot perustuvat pääasiassa pohjoismaisten syntymärekisterien tietoihin (THL 2016b). Väestöntutkimuslaitos tutkii perheitä ja syntyvyyttä, parisuhteita ja seksuaalisuutta sekä maahanmuuttoa (Väestöliitto 2017) ja Euro-Peristat-hanke on puolestaan seurannut ja tuottanut koko Euroopan laajuista tietoa vastasyntyneiden, sikiöiden, imeväisten ja raskaana olevien terveydestä (European Perinatal Health Report 2013). Käytimme tietolähteenä myös muita aihepiiriin soveltuvia julkaisuja, kuten artikkeleita ja kirjoista löytyvää tietoa.

5 Tulokset

5.1 Synnytykset sairaanhoitopiireittäin

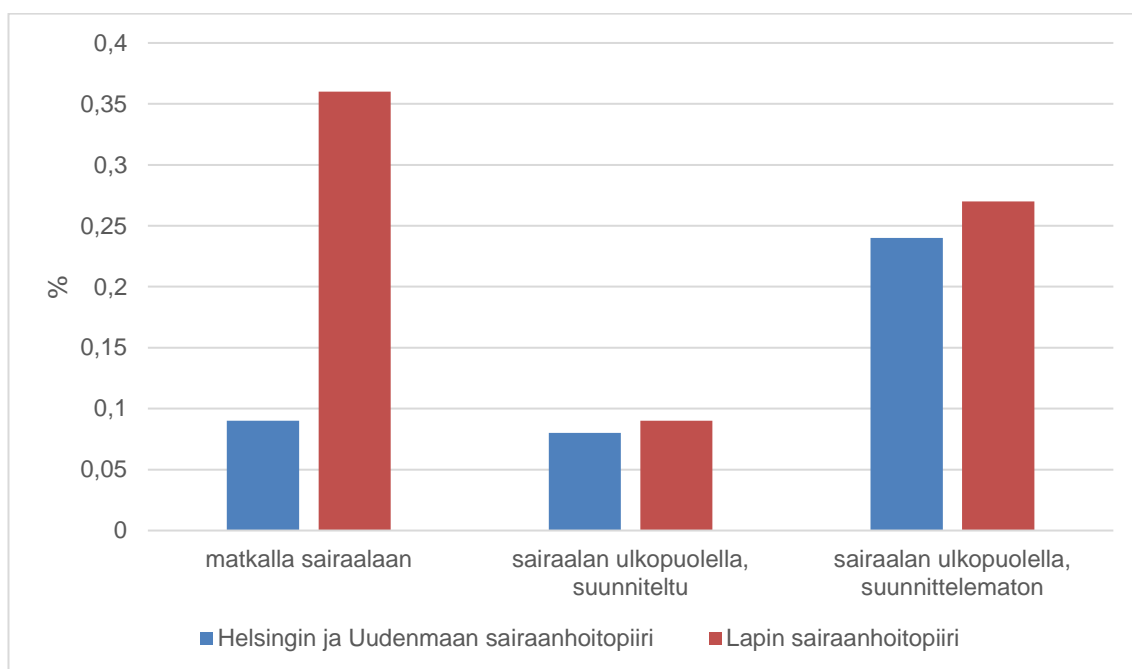
Lapin sairaanhoitopiirissä oli vuosien 2010–2015 aikana lähes joka vuosi enemmän synnytyksiä tuhatta 15–49-vuotiasta naista kohden kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (kuvio 2). Vain vuonna 2010 Lapin sairaanhoitopiirissä oli vähemmän synnytyksiä kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä synnytysten määrä väheni koko ajan vuosina 2010–2015. Synnytysten väheneminen oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä vuosittain tasaisempaa kuin Lapin sairaanhoitopiirissä ja yhteensä synnytykset vähenivät Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 6,6 % kuuden vuoden aikana. Lapin sairaanhoitopiirissä synnytysten määrä nousi vuosina 2011 ja 2013, mutta tämän jälkeen synnytysten määrä väheni. Synnytykset vähenivät Lapin sairaanhoitopiirissä noin 6,3 % vuosien 2010–2015 välisenä aikana. Lapin sairaanhoitopiirissä syntyi vuosina 2010–2015 tuhatta 15–49-vuotiasta naista kohden lähes joka vuosi enemmän lapsia kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Erityisesti vuosina 2011 ja 2013 syntyvyys Lapin sairaanhoitopiirin alueella oli huomattavasti suurempi: 4,7 % ja 7,3 % enemmän kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.



Kuvio 2. Synnytykset sairaanhoitopiireittäin 2010–2015 tuhatta 15–49 vuotiasta naista kohden (THL).

5.2 Sairaalan ulkopuoliset synnytykset sairaanhoitopiireittäin

Vuosien 2013–2015 aikana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella 0,09 % synnytyksistä tapahtui matkalla sairaalaan (kuvio 3). Lapin sairaanhoitopiirissä puolestaan tapahtui matkalla sairaalaan kaikista synnytyksistä 0,36 %, mikä on neljä kertaa enemmän kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Sairaalan ulkopuolella tapahtuvia suunniteltuja synnytyksiä oli vuosien 2013–2015 aikana lähes sama määrä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ja Lapin sairaanhoitopiirissä. Lapin sairaanhoitopiirissä niitä oli kuitenkin 0,01 % enemmän. Suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolella tapahtuvia synnytyksiä vuosien 2013–2015 aikana oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 0,24 % ja Lapin sairaanhoitopiirissä 0,27 % eli 0,03 % enemmän kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.

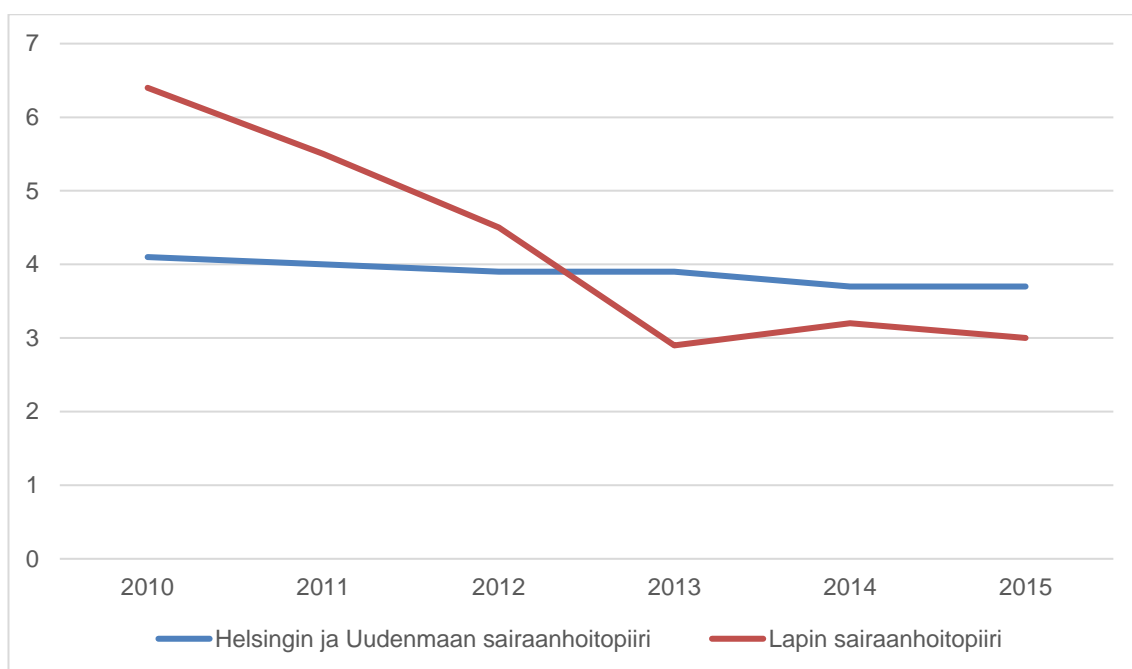


Kuvio 3. Sairaalan ulkopuoliset synnytykset sairaanhoitopiireittäin 2013–2015 (Gissler 2017).

5.3 Perinataalikuolleisuus sairaanhoitopiireittäin

Perinataalikuolleisuus laski Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella melko tasaisesti vuodesta 2010 vuoteen 2015 (kuvio 4), yhteensä laskua tapahtui 9,7 %. Lapin sairaanhoitopiirissä perinataalikuolleisuus puolestaan laski rajusti vuodesta 2010 vuoteen 2013. Tänä aikana laskua tapahtui 54,7 %. Tämän jälkeen perinataalikuolleisuus

nousi 9,3 % vuodesta 2013 vuoteen 2014 ja sen jälkeen taas laski vuoden 2014–2015 välillä 6,3 %. Alhaisimmillaan perinataalikuolleisuus oli Lapin sairaanhoitopiirissä vuonna 2013, jolloin luku oli 2,9 tuhatta syntynyttä kohden. Vuonna 2010 perinataalikuolleisuusluku oli vielä Lapin sairaanhoitopiirissä 35,9 % suurempi kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella, mutta Lapin sairaanhoitopiirin perinataalikuolleisuuden laskeamisen seurauksena, oli puolestaan vuonna 2015 perinataalikuolleisuusluku 19 % suurempi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä kuin Lapin sairaanhoitopiirissä. Vuonna 2015 perinataalikuolleisuusluku oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 3,7 tuhatta syntynyttä kohden ja Lapin sairaanhoitopiirissä 3.

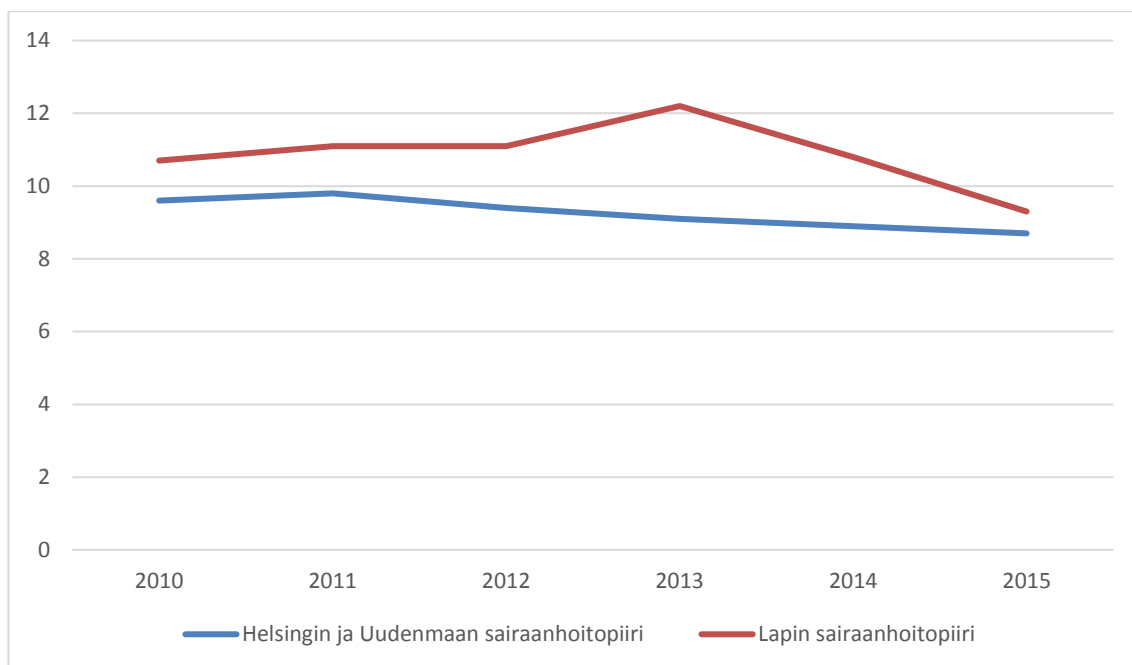


Kuvio 4. Perinataalikuolleisuus sairaanhoitopiireittäin 2010–2015 tuhatta syntynyttä kohden (THL).

5.4 Raskaudenkeskeytykset sairaanhoitopiireittäin

Raskaudenkeskeytykset vähentyivät sekä Helsingin ja Uudenmaan että Lapin sairaanhoitopiireissä vuodesta 2010 vuoteen 2015 (kuvio 15). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä raskaudenkeskeytysten määrä pysyi melko tasaisena näiden kuuden vuoden aikana, keskeytysten määrä kuitenkin laski vähitellen 9,4 %. Lapin sairaanhoitopiirissä tehtiin 2010–2015 vuosittain enemmän raskaudenkeskeytyksiä verrattuna Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Lapin sairaanhoitopiirissä raskaudenkeskeytysten

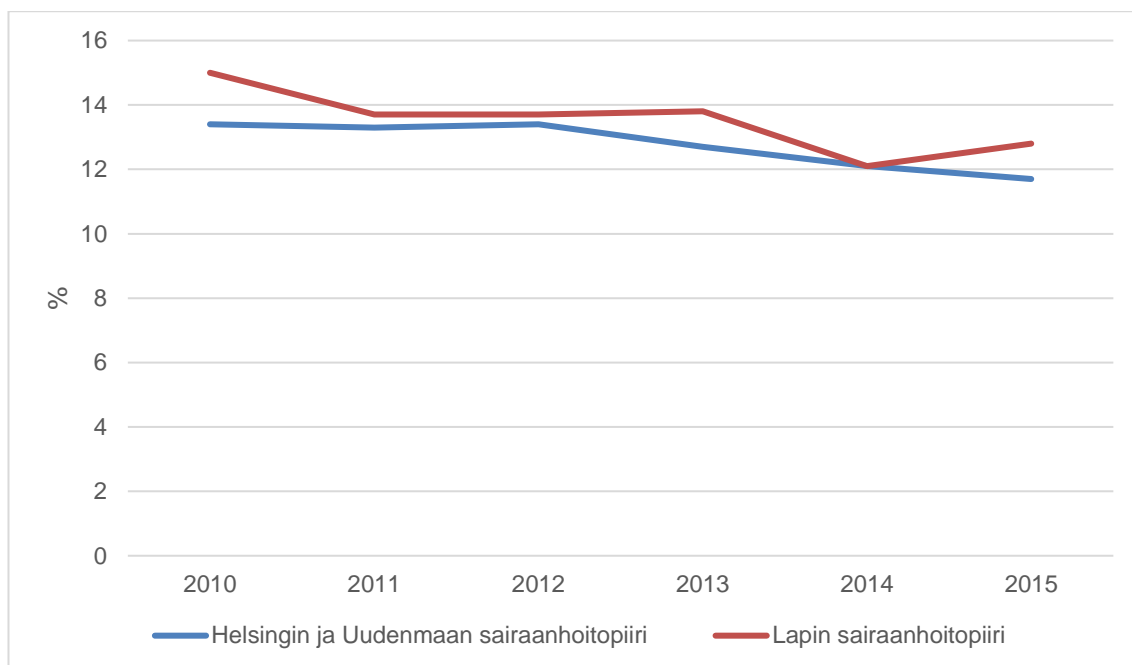
määrä nousi vuodesta 2010 vuoteen 2013, minkä jälkeen raskaudenkeskeytysten määrä laski seuraavana kolmena vuotena. Vuonna 2013 Lapin sairaanhoitopiirissä tehtiin raskaudenkeskeytyksiä eniten 2010–2015 vuosien aikana, mikä oli 25,4 % enemmän kuin samana vuonna Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.



Kuvio 5. Raskaudenkeskeytykset sairaanhoitopiireittäin 2010–2015 tuhatta 15–49 vuotiasta naista kohden (THL).

5.5 Raskauden aikana tupakoineet synnyttäjät sairaanhoitopiireittäin

Lapin sairaanhoitopiirissä oli vuosina 2010–2015 enemmän raskauden aikana tupakoineita verrattuna Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (kuvio 14). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä raskauden aikana tupakoineiden määrä laski eniten vuodesta 2012–2015. Näiden neljän vuoden aikana laskua tapahtui 1,7 %. Lapin sairaanhoitopiirissä raskauden aikana tupakoineiden osuus välillä laski ja sitten taas nousi, mutta kuitenkin laskua tapahtui vertailuajanjaksolla 2,2 %. Vuonna 2014 raskauden aikana tupakoineita oli molemmissa sairaanhoitopiireissä saman verran. Tämän jälkeen vuonna 2015 raskauden aikana tupakoineiden määrä nousi Lapin sairaanhoitopiirissä 0,7 % vuoteen 2014 verrattuna. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä raskauden aikana tupakoineiden määrä puolestaan laski 0,4 % vuodesta 2014 vuoteen 2015. Vuonna 2015 Lapin sairaanhoitopiirissä oli raskauden aikana tupakoineita 1,1 % enemmän kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.

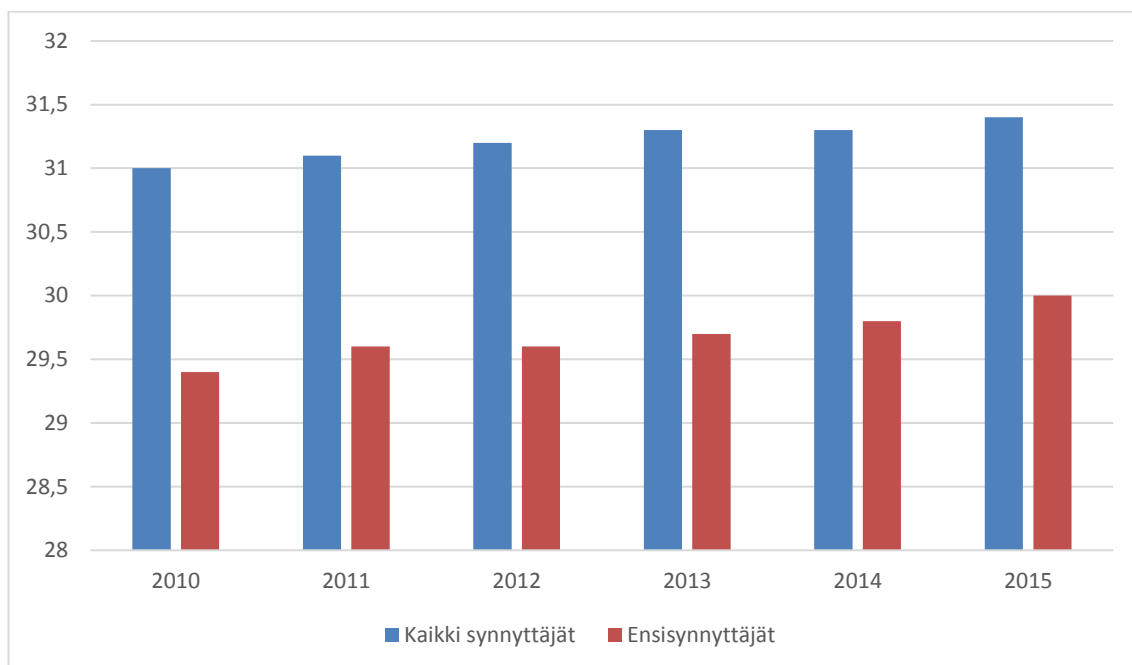


Kuvio 6. Raskauden aikana tupakoineet synnyttäjät sairaanhoitopiireittäin 2010–2015 (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet 2005-2017c).

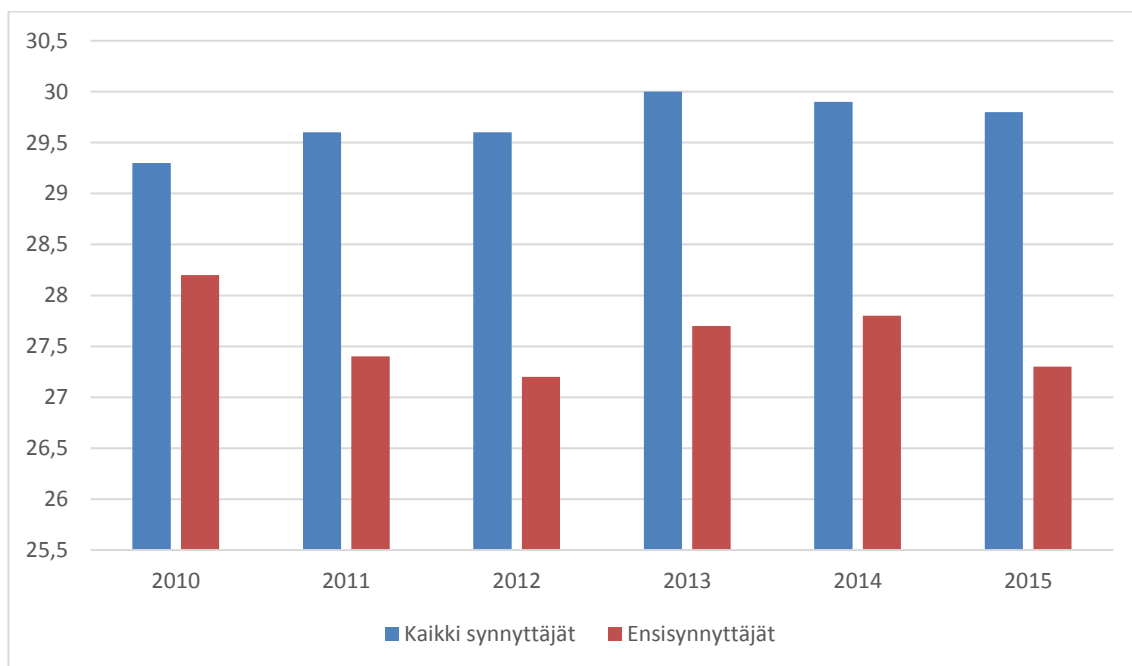
5.6 Synnyttäjien ikä sairaanhoitopiireittäin

Lapin sairaanhoitopiirissä kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli vuosina 2010–2015 keskimäärin 29,7 vuotta (kuvio 5 ja 6). Ensisynnyttäjien keskimääräinen keski-ikä oli näiden kuuden vuoden aikana 27,6 vuotta. Ensisynnyttäjien keski-ikä oli vertailuajanjaksolla joka vuosi huomattavasti matalampi kuin kaikkien synnyttäjien keski-ikä. Kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli korkeimmillaan vuonna 2013, jolloin se oli 30 vuotta. Lapin sairaanhoitopiirissä kaikkien synnyttäjien keski-ikä nousi 1,7 % vuodesta 2010 vuoteen 2015 ja ensisynnyttäjien keski-ikä puolestaan laski 3,2 %. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli vuosina 2010–2015 keskimäärin 31,2 vuotta ja ensisynnyttäjien keskimääräinen keski-ikä 29,7 vuotta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ensisynnyttäjien keski-ikä nousi vähitellen vertailuajanjaksolla. Puolestaan Lapin sairaanhoitopiirissä ensisynnyttäjien keski-ikä välillä laski, kuten vuonna

2012. Lapin sairaanhoitopiirin kaikkiin synnyttäjiin verrattuna, oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella synnyttäjien keski-ikä joka vuosi korkeampi. Myös ensisynnyttäjien keski-ikä oli vuosina 2010–2015 joka vuosi korkeampi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä kuin Lapin sairaanhoitopiirissä.

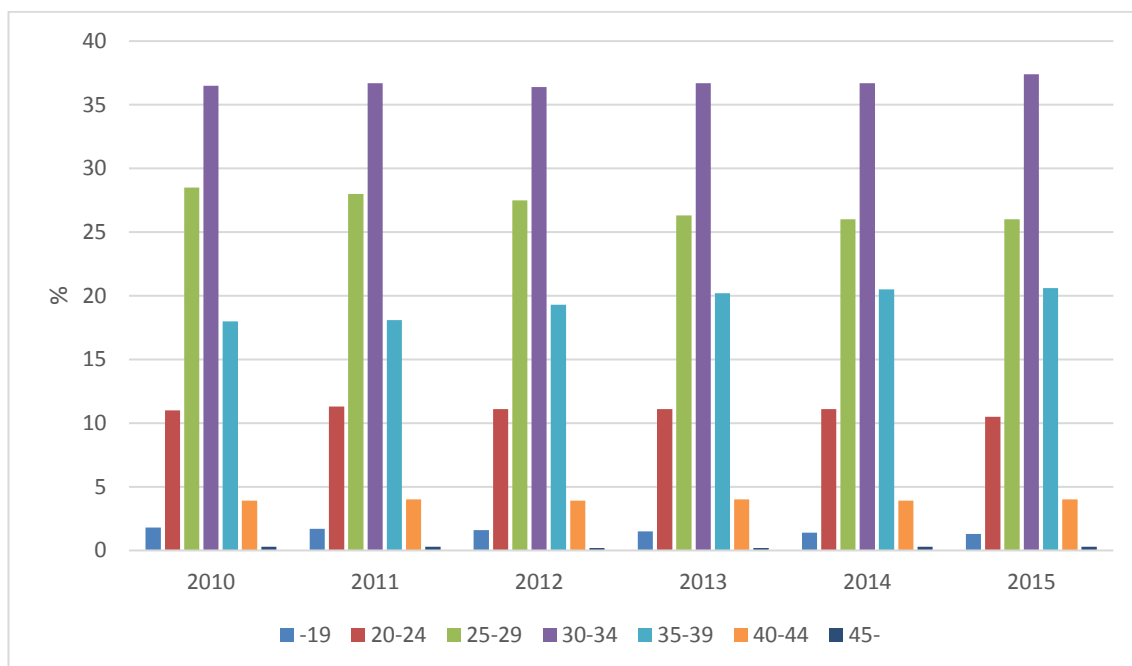


Kuvio 7. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin synnyttäjien keski-ikä 2010–2015 (THL).

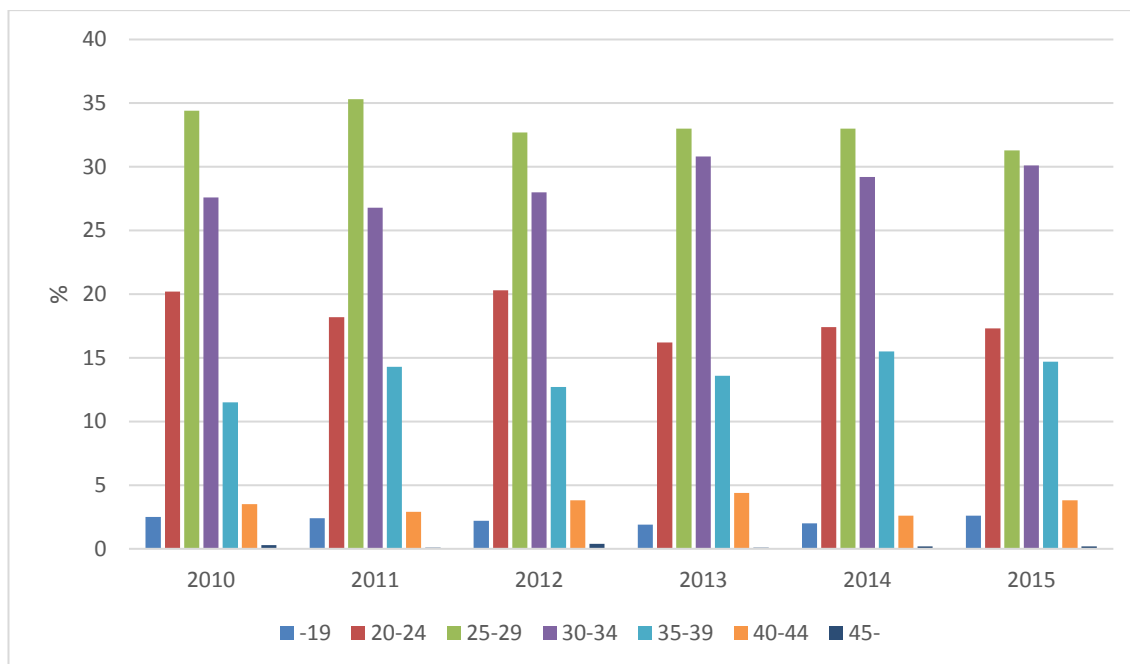


Kuvio 8. Lapin sairaanhoitopiirin synnyttäjien keski-ikä 2010–2015 (THL).

Vuosina 2010–2015 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä oli joka vuosi eniten 30–34-vuotiaita synnyttäjiä ja toiseksi eniten 25–29-vuotiaita synnyttäjiä (kuvio 7 ja 8). Synnyttäjien määrissä ei ollut suuria muutoksia näiden kuuden vuoden aikana. Lapin sairaanhoitopiirissä puolestaan oli joka vuosi eniten 25–29-vuotiaita synnyttäjiä ja toiseksi eniten 30–34-vuotiaita synnyttäjiä, mutta vuosien 2010–2015 aikana näiden ikäluokkien ero tasaantui ja vuonna 2015 oli 25–29-vuotiaita synnyttäjiä vain 1,2 % enemmän. Lapin sairaanhoitopiirissä oli vuosina 2010–2015 keskimäärin 7,6 % enemmän 20–24-vuotiaita synnyttäjiä kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä oli puolestaan 5,7 % enemmän 35–39-vuotiaita synnyttäjiä kuin Lapin sairaanhoitopiirissä. Yli 40-vuotiaiden synnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä oli keskimäärin molemmissa sairaanhoitopiireissä melkein sama vuosina 2010–2015.



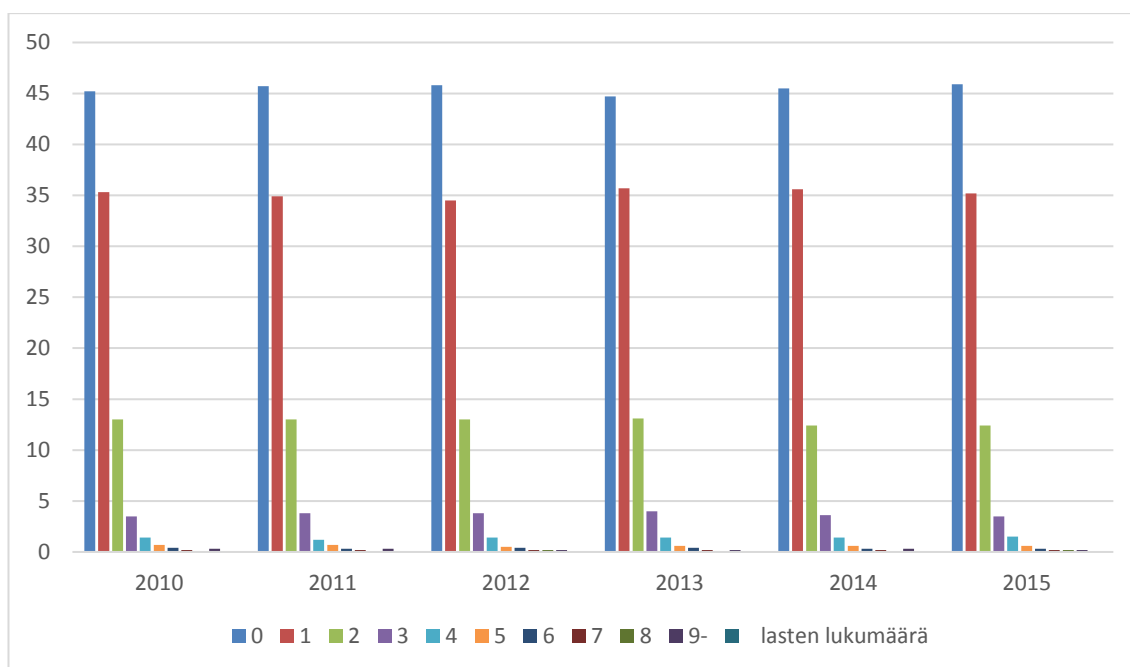
Kuvio 9. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin synnyttäjät ikäryhmittäin 2010–2015 (THL).



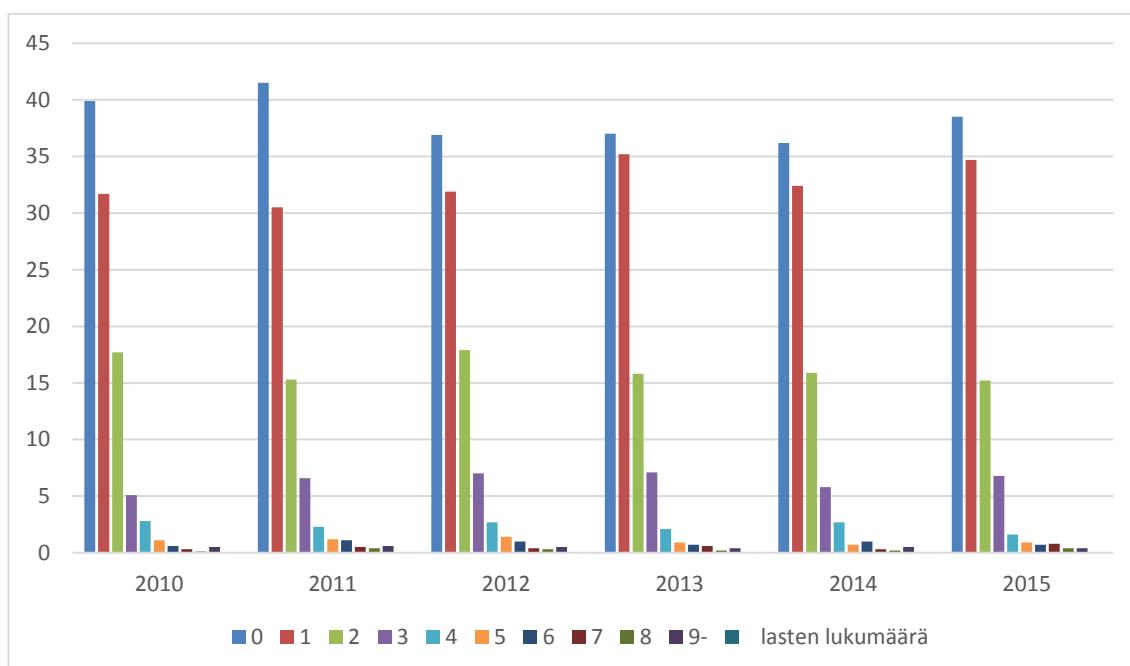
Kuvio 10. Lapin sairaanhoitopiirin synnyttäjät ikäryhmittäin 2010–2015 (THL).

5.7 Synnyttäjien aiemmat synnytykset sairaanhoitopiireittäin

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä oli vuosina 2010–2015 kaikista synnyttäjistä joka vuosi enemmän ensisynnyttäjiä kuin Lapin sairaanhoitopiirissä (kuviot 9 ja 10). Samanlainen tilanne oli myöskin niiden synnyttäjien osalta, joilla oli aiemmin ollut yksi synnytys. Lapin sairaanhoitopiirissä oli puolestaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin verrattuna vertailuajanjaksolla joka vuosi enemmän synnyttäjiä, joilla oli aiemmin kahdesta yhdeksään tai yli 9 synnytystä. Lapin sairaanhoitopiirissä oli vuodesta 2013 vuoteen 2015 keskimäärin 3,1 % enemmän ensisynnyttäjiä kuin uudelleensynnyttäjiä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ensisynnyttäjiä oli joka vuosi keskimäärin 10 % enemmän kuin uudelleensynnyttäjiä.



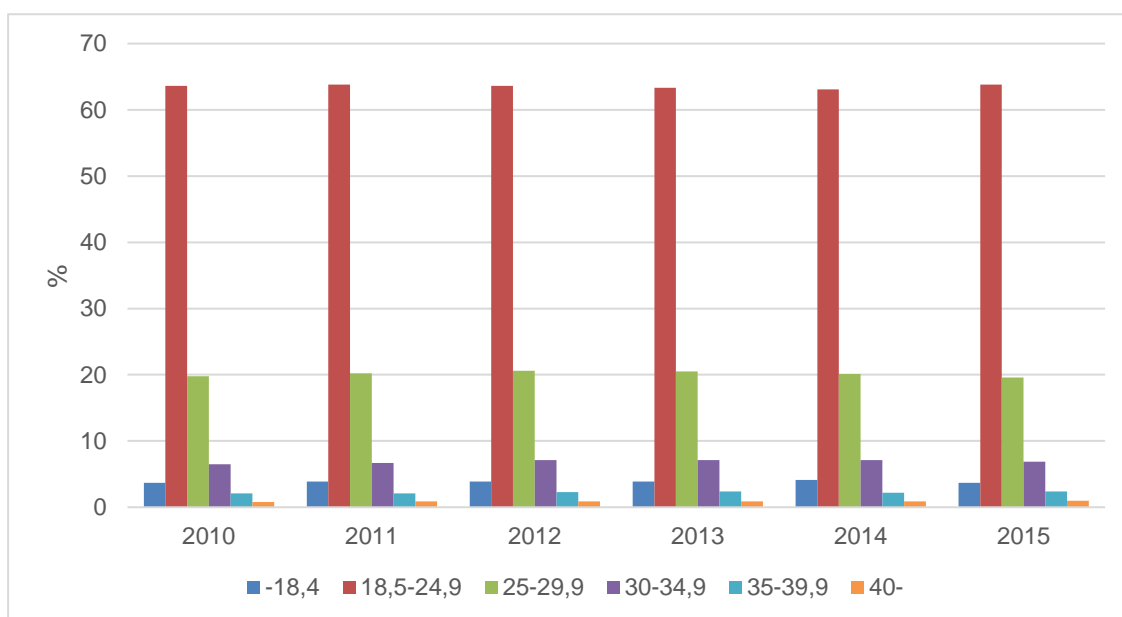
Kuvio 11. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin synnyttäjien aiemmat synnytykset 2010–2015 (THL).



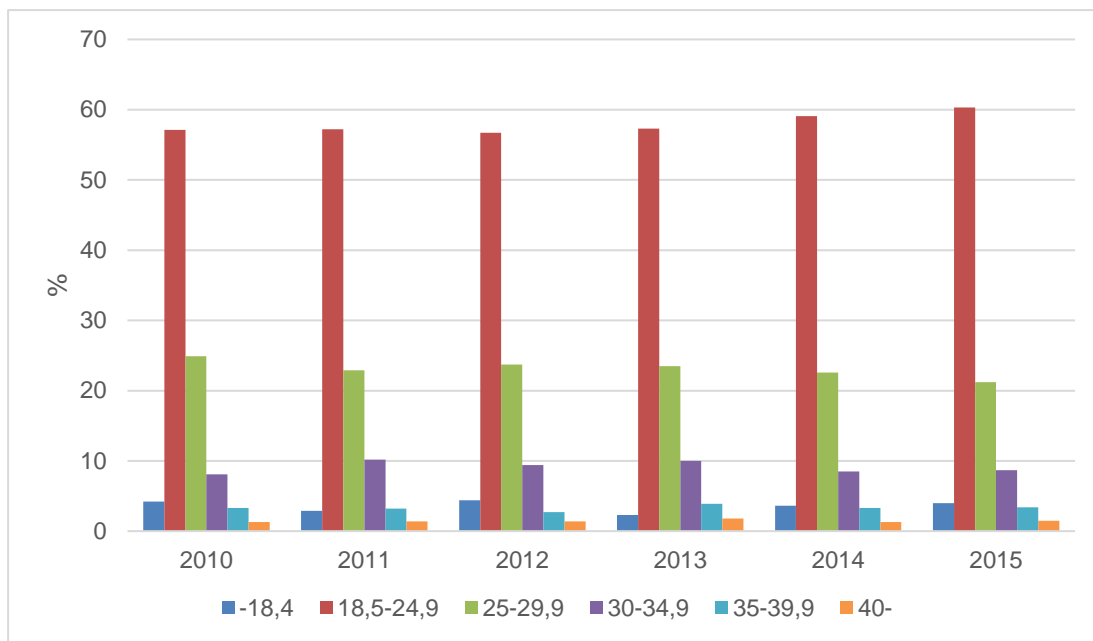
Kuvio 12. Lapin sairaanhoitopiirin synnyttäjien aiemmat synnytykset 2010–2015 (THL).

5.8 Synnyttäjien painoindeksi ennen raskautta sairaanhoitopiireittäin

Lapin sairaanhoitopiirissä ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä oli molemmissa vuosina 2010–2015 eniten synnyttäjiä, joiden painoindeksi oli ennen raskautta 18,5–24,9, mikä tarkoittaa normaalipainoa (kuvio 11 ja 12). Lapin sairaanhoitopiirissä oli vuosina 2010–2015 keskimäärin 58 % synnyttäjistä ennen raskautta normaalipainoisia, vastaava luku Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä oli 63,5 %. Lapin sairaanhoitopiirissä oli vertailuajalla joka vuosi enemmän ennen raskautta lievästi-, merkittävästi-, vaikeasti- ja sairaalloisesti ylipainoisia synnyttäjiä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin verrattuna. Niiden synnyttäjien osuus, joiden painoindeksi oli ennen raskautta merkinnyt vaikeaa tai sairaalloista lihavuutta, pysyi melko tasaisena vuosien 2010–2015 aikana sekä Lapin että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. Keskimäärin Lapin sairaanhoitopiirissä kaikista synnyttäjistä oli vertailuajanjaksolla vaikeasti tai sairaalloisesti lihavia 4,8 % ja vastaavasti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 3,1 %.

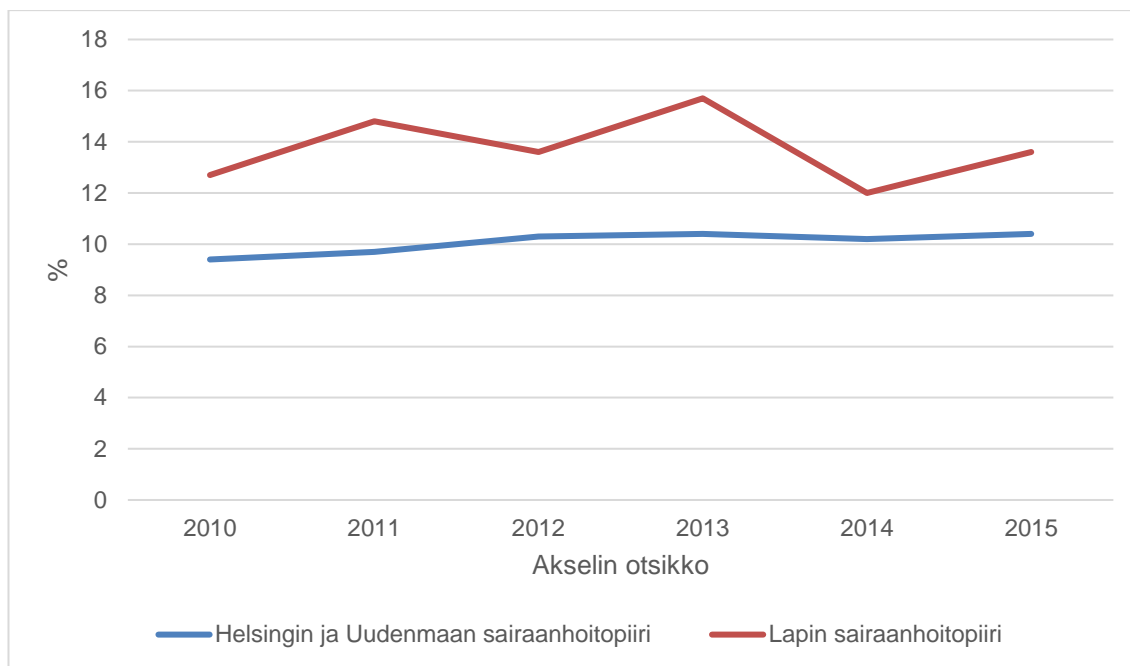


Kuvio 13. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin synnyttäjien painoindeksi (BMI) ennen raskautta 2010–2015 (THL).



Kuvio 14. Lapin sairaanhoitopiirin synnyttäjien painoindeksi (BMI) ennen raskautta 2010–2015 (THL).

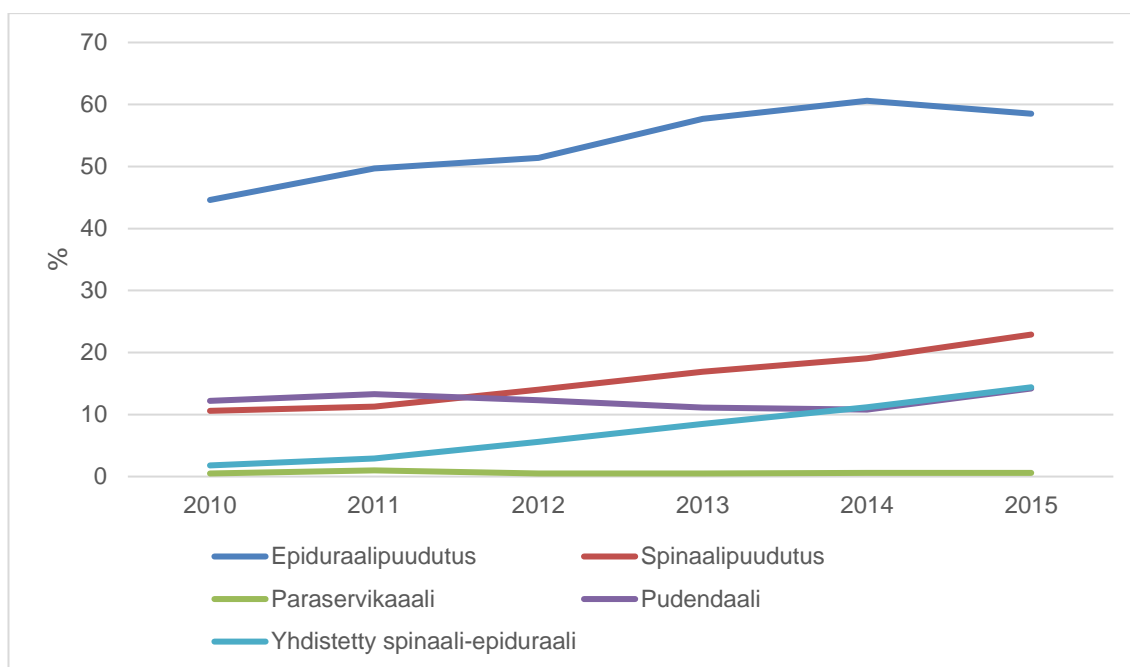
Lapin sairaanhoitopiirin alueella oli vuosina 2010–2015 joka vuosi enemmän ennen raskautta painoindeksiltään merkittävästi lihavias synnyttäjiä kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (kuvio 13). Vuonna 2010 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kaikista synnyttäjistä 9,4 % painoindeksi oli ennen raskautta ≥ 30 ja vuonna 2015 vastaava luku oli 10,4 %. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä siis ennen raskautta ≥ 30 painoindeksin omaavien synnyttäjien määrä kasvoi kuuden vuoden aikana 1,0 %. Lapin sairaanhoitopiirissä ennen raskautta painoindeksiltään merkittävästi lihavien synnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä vaihteli vuosina 2010–2015. Joka toinen vuosi määrä laski ja joka toinen vuosi nousi. Eniten ennen raskautta ≥ 30 painoindeksin omaavia synnyttäjiä Lapin sairaanhoitopiirissä oli vuonna 2013. Silloin 15,7 % kaikista alueen synnyttäjistä oli ennen raskautta merkittävästi lihavias. Vuonna 2015 vastaava luku oli 13,6 % eli laskua tapahtui siis 2,1 % kahden vuoden aikana. Vuonna 2010 Lapin sairaanhoitopiirissä oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin verrattuna 33,7 % enemmän synnyttäjiä, jotka olivat ennen raskautta painoindeksiltään merkittävästi lihavias. Vastaava luku vuonna 2015 oli 23,5 %.



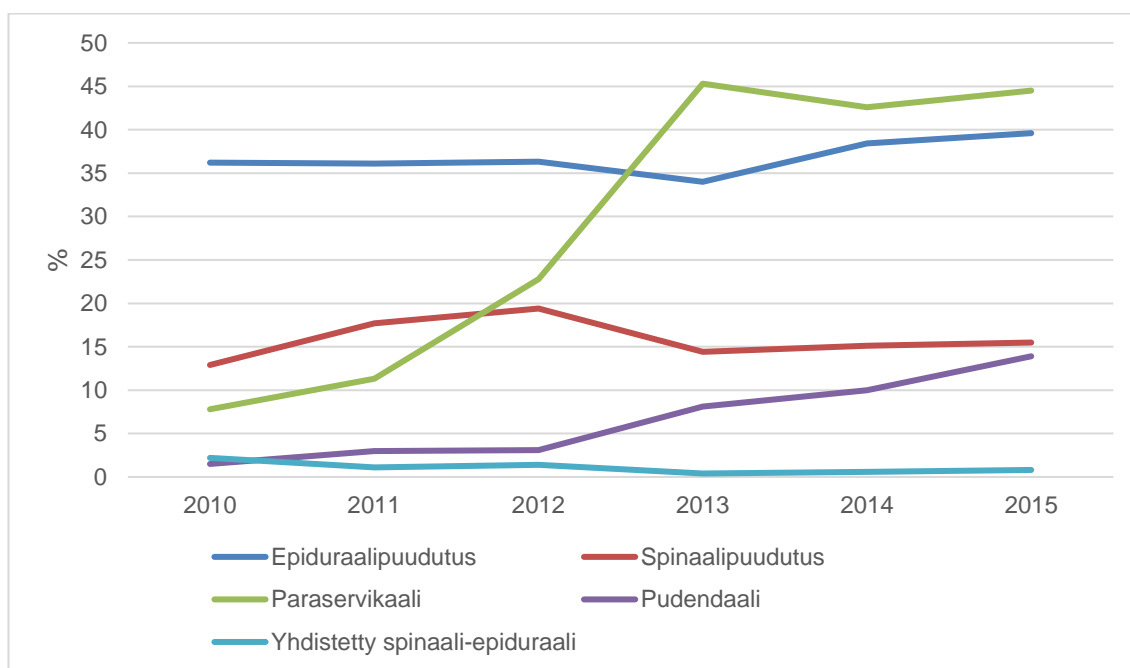
Kuvio 15. Synnyttäjien painoindeksi (BMI) ≥ 30 ennen raskautta sairaanhoitopiireittäin 2010–2015 (THL).

5.9 Kivunlievitys sairaaloittain

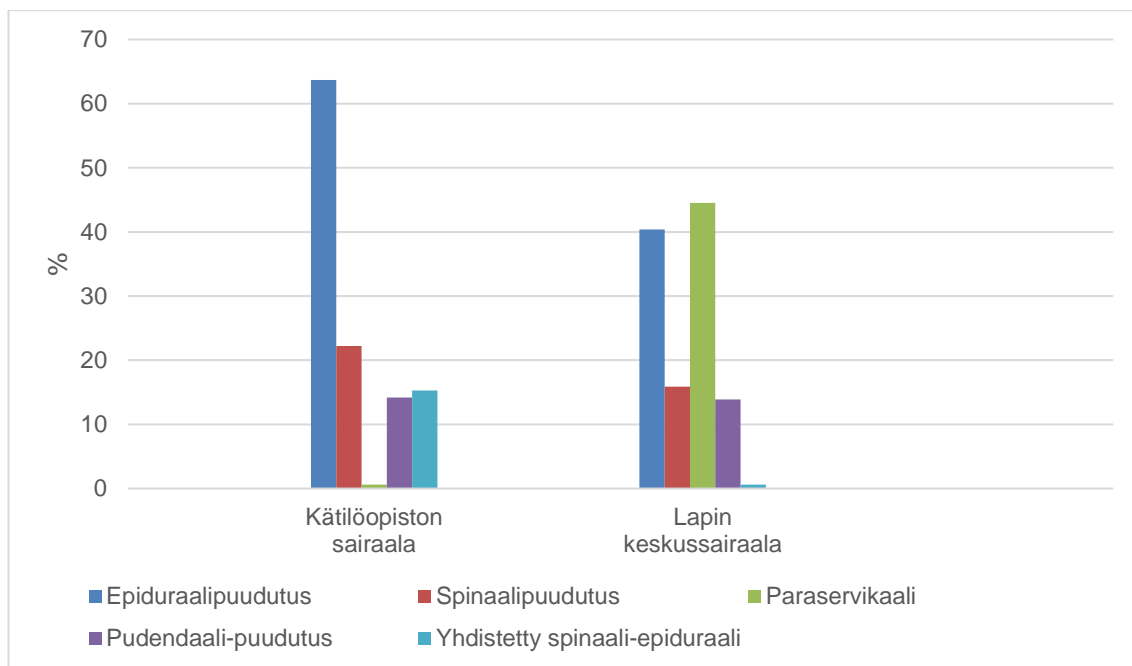
Kätilöopiston sairaalassa käytettiin vuosina 2010–2015 eniten epiduraalipuudutusta ja toiseksi eniten spinaalipuudutusta (kuvio 16 ja 17). Lapin keskussairaalassa käytettiin eniten paraservikaalipuudutusta vuosina 2013–2015. Tätä ennen vuosina 2010–2012 käytettiin eniten epiduraalipuudutusta. Spinaalipuudutusta käytettiin Lapin keskussairaalassa vuosina 2010–2011 toiseksi eniten ja vuosina 2013–2015 toiseksi eniten käytettiin epiduraalipuudutusta. Vähiten Kätilöopiston sairaalassa käytettiin joka vuosi paraservikaalipuudutusta, kun taas Lapin keskussairaalassa käytettiin joka vuosi vähiten yhdistettyä spinaali-epiduraalipuudutusta. Suurin ero Kätilöopiston sairaalan ja Lapin keskussairaan välillä olikin juuri paraservikaalipuudutuksen käytössä, esimerkiksi vuonna 2015 Lapin keskussairaalassa paraservikaalia käytettiin kivunlievityksessä 44,5 % ja Kätilöopiston sairaalassa samana vuonna 0,6 % (kuvio 18).



Kuvio 16. Puudutukset kivunlievityksenä Kättilöopiston sairaalassa 2010–2015 (THL).

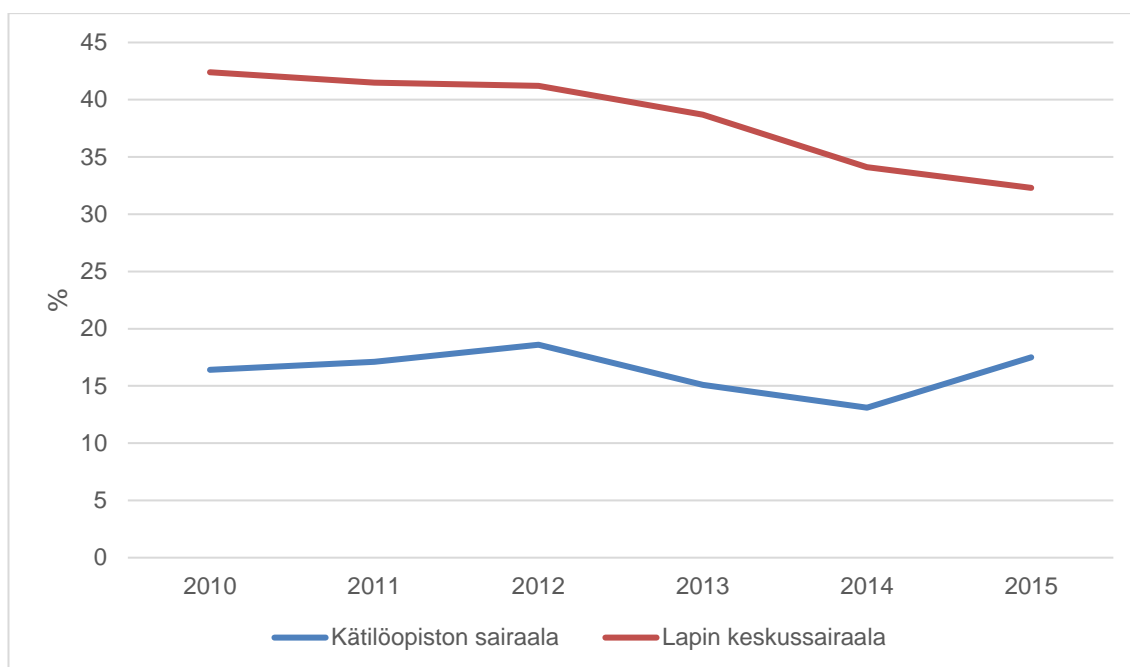


Kuvio 17. Puudutukset kivunlievityksenä Lapin keskussairaalassa 2010–2015 (THL).



Kuvio 18. Puudutukset kivunlievityksenä sairaaloittain 2015 (THL).

Ei-lääkkeellinen kivunlievitys oli Lapin sairaanhoitopiirissä vuosina 2010–2015 joka vuosi suurempaa kuin Kättilöopiston sairaalassa (kuvio 19). Kättilöopiston sairaalassa ei-lääkkeellinen kivunlievitys nousi vuonna 2012, mutta laski 2013 ja 2014. Vuonna 2015 ei-lääkkeellinen kivunlievitys oli taas nousussa. Lapin keskussairaalassa ei-lääkkeellinen kivunlievitys oli laskussa joka vuosi, varsinkin vuosina 2013–2015 sen käyttö laski. Lapin keskussairaalassa käytettiin vertailuajanjaksolla kuitenkin lähes kaksi kertaa enemmän ei-lääkkeellistä kivunlievitystä. Vuonna 2015 Lapin keskussairaalassa käytettiin 32,2 % ei-lääkkeellistä kivunlievitystä kun taas Kättilöopiston sairaalassa sitä käytettiin 17,5 %.



Kuvio 19. Ei-lääkkeellinen kivunlievitys sairaaloittain 2010–2015 (THL).

6 Pohdinta ja johtopäätökset

6.1 Yhteenveto tuloksista

Yhteenvetona tuloksista voi sanoa, että muutokset synnyttäjissä ja synnytyksissä vertailuajanjaksolla olivat monilta osin suurempia Lapin sairaanhoitopiirissä kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (kuviot 2-19). Synnytysten määrä oli Lapin sairaanhoitopiirissä suurempi suhteutettuna tuhatta 15–49-vuotiasta naista kohden ja myös sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli Lapin sairaanhoitopiirissä enemmän kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Erityisesti matkalla sairaalaan tapahtuvia synnytyksiä oli huomattavasti enemmän Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Perinataalikuolleisuus laski niin Helsingin ja Uudenmaan kuin Lapin sairaanhoitopiireissä. Lapin sairaanhoitopiirissä oli huomattavasti korkeampi perinataalikuolleisuus vuosien 2010–2012 aikana, mutta vuodesta 2012 vuoteen 2015 perinataalikuolleisuus oli puolestaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä korkeampi.

Synnytyskivunlievityksessä puudutuksista käytetyin Kätilöopiston sairaalassa oli epiduraalipuudutus. Lapin keskussairaalassa käytetyin puudutus oli vuosina 2013–2015 paraservikaalipuudutus ja vuosina 2010–2012 epiduraalipuudutus. Paraservikaalipuudutuksen käyttö nousi Lapin keskussairaalassa vertailuajanjaksolla huomattavasti, kun taas Kätilöopiston sairaalassa sen käyttö oli paljon harvinaisempaa. Puudutteiden käyttö kivunlievityksessä nousi niin Lapin keskussairaalassa kuin Kätilöopiston sairaalassa. Ei-lääkkeellistä kivunlievitystä käytettiin Lapin keskussairaalassa enemmän kuin Kätilöopiston sairaalassa. Lapin keskussairaalassa ei-lääkkeellisen kivunlievityksen käyttö kuitenkin laski, kun taas Kätilöopiston sairaalassa ei-lääkkeellisen kivunlievityksen käyttö nousi vuodesta 2010 vuoteen 2015.

Synnyttäjien keski-ikä oli jokaisena vuotena korkeampi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä niin kaikkien synnyttäjien kuin ensisynnyttäjienkin osalta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä synnytettiin myös huomattavasti vanhempana kuin Lapin sairaanhoitopiirissä. Vertailuvuosien aikana oli huomattavissa synnyttämisiään siirtymisen myöhemmälle molemmissa sairaanhoitopiireissä. Ensisynnyttäjiä oli enemmän Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Lapin sairaanhoitopiirissä synnyttäjillä oli puolestaan enemmän aiempia lapsia, mikä viittaa suurempiin perheisiin kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.

Vertailuvuosina Lapin sairaanhoitopiirissä oli joka vuosi enemmän painoindexiltään ylipainoisia synnyttäjiä kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Raskauden aikana tupakointien erot sairaanhoitopiirien välillä olivat pieniä: Lapin sairaanhoitopiirissä raskauden aikainen tupakointi oli kuitenkin hieman yleisempää. Raskaudenkeskeytyksiä tehtiin vertailuvuosien aikana enemmän Lapin sairaanhoitopiirissä. Molemmissa sairaanhoitopiireissä raskaudenkeskeytykset kuitenkin vähenivät vertailuvuosien aikana. Kahdessa seuraavassa alaluvussa pohditaan tarkemmin sitä, mistä sairaanhoitopiirien välillä esiintyvät erot johtuvat.

6.1.1 Analyysi synnytyksistä

Synnytykset vähenivät vuosien 2010–2015 välisenä aikana sekä Helsingin ja Uudenmaan että Lapin sairaanhoitopiireissä. Vielä vuonna 2010 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä oli enemmän synnytyksiä tuhatta 15–49-vuotiasta naista kohden kuin Lapin sairaanhoitopiirissä, mutta tämän jälkeen Lapin sairaanhoitopiirissä synnytysten määrä oli suurempi. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä synnytysten määrä

laski joka vuosi tasaisesti, kun taas Lapin sairaanhoitopiirissä synnytyksiä oli muihin vuosiin verrattuna huomattavasti enemmän vuosina 2011 ja 2013. Näinä kahtena vuotena olivat myös suurimmat erot Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Lapin sairaanhoitopiirin välisissä synnytysmäärissä. Meillä ei ole tietoa, minkä takia Lapin sairaanhoitopiirissä synnytysten määrät nousivat juuri vuosina 2011 ja 2013.

Synnytysten määrän väheneminen molemmissa sairaanhoitopiireissä selittyneen sillä, että synnytysten määrä laski koko Suomessa vuodesta 2010 vuoteen 2015. Tämä kertoo lastenhankinnan kulttuurisesta muuttumisesta Suomessa. Mahdollisia syitä syntyvyyden alenemiseen ovat Väestöliiton mukaan lastenhankinnan siirtäminen entistä myöhemmäksi, ihanteellisen lapsiluvun pieneneminen, lapsettomien suuri määrä, kumppanin puuttuminen sekä taloudelliseen tilanteeseen tai työhön liittyvät tekijät. (Miettinen 2015: 3; Lainiala 2012: 3.)

Suunnittelelmattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset lisääntyivät koko Suomessa vuosien 2010–2015 välisenä aikana. Suurin lisäys sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä tapahtui Etelä-Suomessa tiheään sairaalaverkon alueella (Nieminen 2015: 20). Vaikka matkasynnytykset eivät merkittävästi lisääntyneet Lapin sairaanhoitopiirin alueella, oli siellä kuitenkin vuosien 2013–2015 tilastotietojen mukaan sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä enemmän kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Etenkin matkalla sairaalaan tapahtuneita synnytyksiä oli näinä vuosina Lapin sairaanhoitopiirissä paljon enemmän. Suunniteltujen sairaalan ulkopuolisten synnytysten ja suunnittelemtomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten väliset erot sairaanhoitopiirien välillä olivat huomattavasti pienemmät.

Viimeisten vuosien aikana on lakkautettu monia pieniä synnytysyksiköitä. Synnytysosastojen lakkauttaminen johtuu Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2015 voimaantulleesta päivystysasetuksesta, jonka mukaan synnytystoiminnan jatkaminen edellyttää vähintään 1000 synnytystä vuodessa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014). On erilaisia näkemyksiä siitä, johtuuko sairaalan ulkopuolisten synnytysten lisääntyminen synnytysyksiköiden vähenemisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilön Kari Niemisen mukaan pienten synnytysyksiköiden lopettaminen Suomessa ei lisää merkittävästi matkasynnytyksiä. (Nieminen 2015: 20.) Puolestaan THL:n tutkimusprofessori Mika Gissler on monessa aiheetta käsittelevässä uutisessa (Marttala 2015; Vihavainen

2016) ilmaissut mielipiteensä siitä, että hänen mielestään matkasynnytysten lisääntyminen johtuu juurikin synnytysosastojen sulkemisesta.

Syynä siihen, miksi matkalla sairaalaan tapahtuvia synnytyksiä tapahtui vuosina 2013–2015 paljon enemmän Lapin sairaanhoitopiirissä, voi olla pitkät etäisyydet keskussairaalaan. Pitkien etäisyyksien alueilla matkasynnytyksriskiin osataan kuitenkin varautua paremmin kuin Etelä-Suomessa ja Lapissa onkin otettu käyttöön ennaltaehkäiseviä toimia. Käyttäen yksilöllistä arvioita suositellaan synnyttäjiä lähtemään Rovaniemelle esimerkiksi potilashotelliin odottamaan synnytyksen käynnistymistä. Ensisynnyttäjiä ohjataan usein lähtemään Rovaniemelle viimeistään, kun raskaus on täysiaikainen. Puolestaan sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrän lisääntyminen Etelä-Suomen alueella voisi selittyä sillä, että sairaalat ovat täysiä ja synnyttäjiä pyydetään odottamaan kotona mahdollisimman pitkään. Synnytys saattaa kuitenkin käynnistyä nopeammin kuin olisi odotettu, sillä synnytyksen käynnistymisen ennustaminen varsinkin puhelimitse on vaikeaa.

Lapin sairaanhoitopiirin verkkosivuilla ohjataan synnyttäjiä lähtemään sairaalaan, jos tuntee jatkuvaa kipua alavatsalla, tulee verenvuotoa, joka on kirkasta ja määrältään kuten kuukautisvuoto, vauvan liikkeitä ei tunnu tai synnyttäjä tuntee olonsa muuten huonoksi ja tarvitsee sen vuoksi sairaalahoitoa (Lapin sairaanhoitopiiri 2017.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin verkkosivuilla ohjataan lähtemään sairaalaan, jos tulee runsasta verenvuotoa, jatkuvaa kovaa kipua, lapsivesi on veristä tai vihreää, sikiö on perätilassa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ohjataan ottamaan yhteyttä, jos on epäily lapsivedenmenosta, kivuliaat ja säännölliset supistukset (5-10 min välein), sikiö ei liiku normaalisti tai jos ilmaantuu äkillisiä oireita kuten kova päänsärky, näköhäiriöt, ylävatsakipu, voimakas kutina esimerkiksi jalkapohjissa, kämmenissä tai vatsalla (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017.)

Sairaalan ulkopuolisten synnytysten lisääntymisestä huolimatta, on perinataalikuolleisuus laskenut jatkuvasti koko Suomessa ja niin myös Helsingin ja Uudenmaan sekä Lapin sairaanhoitopiireissä. Perinataalikuolleisuus oli vielä vuonna 2010 Lapin sairaanhoitopiirissä huomattavasti yleisempää kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Lapin sairaanhoitopiirissä perinataalikuolleisuus kuitenkin väheni lähes puoleen aiemmasta vuosien 2010–2013 välisenä aikana ja vuodesta 2013 eteenpäin perinataalikuolleisuus on ollut korkeampaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.

Lapsikuolleisuuden väheneminen johtuu yhteiskunnan muutoksesta ja kehityksestä (Tapper 2011). Esimerkiksi raskauden aikainen seuranta on kehittynyt huomattavasti: ultraäänitutkimuksia tehdään entistä enemmän ja nykyään yhä useampi odottava äiti osallistuu sikiöseulontoihin. Myös käytettävät ultraäänilaitteet ovat kehittyneet. Näiden tekijöiden ansiosta nykyisin huomataan erityishuomiota vaativat raskaudet ja sikiöt jo raskauden aikana ja heidän hoitonsa osataan suunnitella paremmin. Perinataalikuolleisuudessa on kuitenkin mahdotonta päästä nollalukuun, sillä osaa lapsista on mahdotonta pelastaa heidän vakavan sairautensa takia tutkimuksista ja hoidoista huolimatta. (Virtanen 2015.)

Suomessa noin 92 % synnyttäjistä sai vuosina 2010–2015 jotakin kivunlievitystä. Puudutuksia käytetään niiden tehokkuuden ansiosta kivunlievitysmenetelmänä eniten. Kätilöopiston sairaalassa käytettiin vuosina 2010–2015 eniten epiduraalipuudutusta ja Lapin keskussairaalassa paraservikaali- eli kohdun hermojen johtopuudutusta. Paraservikaalipuudutuksen käyttö lisääntyi Lapin keskussairaalassa erityisesti vuodesta 2011 vuoteen 2013, kun taas Kätilöopiston sairaalassa sitä ei käytetty lähes lainkaan viimeisen kuuden vuoden aikana.

Paraservikaalipuudutuksen käyttö vaihtelee paljon ja Suomessa sitä käytetään enemmän kuin muissa länsimaissa. Vaikka puudutuksen teho ei ole yhtä hyvä epiduraalipuudutukseen verrattuna, on sen käytölle kuitenkin perusteita. Anestesiologien huonon virkatilanteen ja päivystysvalmiuden takia epiduraalipuudutuksen laitto ei välttämättä onnistu nopeasti kaikissa synnytys­sairaaloissa kaikkina vuorokauden aikoina, kun taas obstetrikon eli synnytyslääkärin laittamaan paraservikaalipuudutukseen on paremmat valmiudet. (Jouppila – Jouppila 2005.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin verrattuna Lapin sairaanhoitopiirissä on myös enemmän uudelleensynnyttäjiä, joilla on odotettavissa nopeampi synnytys kuin ensisynnyttäjillä. Paraservikaalipuudutuksen käyttö on sen nopean vaikutuksen ansiosta perusteltua, koska epiduraalipuudutuksen laittaminen vie pidemmän ajan ja vaikutusta joutuu odottamaan. Nämä ovat luultavasti syynä Lapin keskussairaalan runsaaseen paraservikaalipuudutuksen käyttöön.

Toiseksi eniten puudutuskivunlievitysmenetelmistä Lapin keskussairaalassa käytettiin epiduraalipuudutusta ja puolestaan Kätilöopiston sairaalassa spinaalipuudutusta. Epiduraalipuudutusta käytetään erityisesti ensisynnyttäjillä ja se on kivunlievitysmenetelmänä jatkuvasti yleistynyt. Spinaali- ja paraservikaalipuudutuksia käytetään erityisesti uudel-

leensynnyttäjillä, sillä ne tehoavat nopeasti. Pudendaali- eli häpyhermon johtopuudutuksen käyttö on Lapin keskussairaalassa lisääntynyt vuosien 2012–2015 välisenä aikana. Kätilöopiston sairaalassa sitä käytettiin joka vuosi puudutuskivunlievitysmenettelmistä kolmanneksi eniten. Vähiten Lapin keskussairaalassa käytettiin vuosina 2010–2015 yhdistettyä epiduraali-spinaalipuudutusta, kun taas Kätilöopiston sairaalassa sen käyttö lisääntyi vertailuajanjaksolla vähitellen.

Ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä käytetään joko yksinään tai yhdessä lääkkeellisten menetelmien kanssa. Lapin keskussairaalassa käytettiin vuosien 2010–2015 välisenä aikana joka vuosi lähes kaksi kertaa enemmän ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä kuin Kätilöopiston sairaalassa. Kuitenkin niiden käyttö laski Lapin keskussairaalassa joka vuosi vuodesta 2010 vuoteen 2015, kun taas Kätilöopiston sairaalassa niiden käyttö lisääntyi etenkin vuoden 2014–2015 välisenä aikana.

6.1.2 Analyysi synnyttäjistä

Suomessa synnyttäjien keski-ikä on jatkuvasti noussut. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä oli Lapin sairaanhoitopiiriin verrattuna vuosien 2010–2015 välisenä aikana joka vuosi korkeampi synnyttäjien keski-ikä niin kaikkien synnyttäjien kuin ensisynnyttäjienkin osalta. Lapin sairaanhoitopiirissä kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli vuosina 2010–2015 keskimäärin 29,7 ja ensisynnyttäjien 27,6, kun puolestaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä kaikkien synnyttäjien keskimääräinen keski-ikä oli 31,2 ja ensisynnyttäjien 29,7. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä kaikkien synnyttäjien ja ensisynnyttäjien keski-ikä nousi tasaisesti joka vuosi. Lapin sairaanhoitopiirissä kaikkien synnyttäjien ja ensisynnyttäjien keski-ikä ei noudattanut samanlaista nousujohteista kaavaa, vaan keski-ikä vaihtelivat vuodesta toiseen.

Siinä missä synnyttäjien keski-ikä on Suomessa noussut, on myös yli 35-vuotiaiden synnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä kasvanut. Etenkin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella 35–39-vuotiaiden synnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä kasvoi vuosien 2010–2015 välisenä aikana joka vuosi, mutta yli 40-vuotiaiden synnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä oli vertailuajanjaksolla keskimäärin sama molemmissa sairaanhoitopiireissä.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä synnyttiin vuosina 2010–2015 eniten 30–34 vuoden iässä, kun taas Lapin sairaanhoitopiirissä oli eniten 25–29-vuotiaita synnyttäjiä. Kuitenkin Lapin sairaanhoitopiirissä 25–29 ja 30–34-vuotiaiden synnyttäjien väliset erot kaventuivat vertailuajanjaksolla joka vuosi ja vuonna 2015 näiden kahden ikäryhmän synnyttäjiä oli Lapin sairaanhoitopiirissä lähes saman verran. Lapin Sairaanhoitopiirissä oli myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin verrattuna joka vuosi huomattavasti enemmän 20–24-vuotiaita synnyttäjiä.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä oli vuosina 2010–2015 kaikista synnyttäjistä joka vuosi enemmän ensisynnyttäjiä kuin Lapin sairaanhoitopiirissä. Samanlainen tilanne oli myöskin niiden synnyttäjien osalta, joilla oli aiemmin ollut yksi synnytys. Lapin sairaanhoitopiirissä oli puolestaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin verrattuna vuosina 2010–2015 joka vuosi enemmän synnyttäjiä, joilla oli ollut aiemmin kahdesta yhdeksään tai yli yhdeksän synnytystä. Lapin sairaanhoitopiirissä synnytetään siis nuorempana, ja yksi synnyttäjä synnyttää keskimäärin enemmän lapsia kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Lapin sairaanhoitopiirin suurempi perheiden lapsiluku voisi selittyä vanhoillislestadiolaisuuden levinneisyydellä, sillä Pohjois-Pohjanmaalla, Oulun seudulla sekä Koillismaalla on kaikista eniten vanhoillislestadiolaisia (Suomen evankelis-luterilainen kirkko). Näin ollen liike vaikuttaa varmasti myös osaltaan Lapinkin alueella. Vanhoillislestadiolaisessa yhteisössä perhesuunnittelu on tuomittavaa ja liike opettaa, että vanhoillislestadiolaisen liikkeen jäsenet haluavat ottaa kaikki lapset vastaan (Ilola – Ruoho 2014; 10).

Helsingin ja Uudenmaan ja Lapin sairaanhoitopiireissä oli molemmissa vuosina 2010–2015 eniten painoindeksiltään normaalipainoisia synnyttäjiä. Lapin sairaanhoitopiirissä oli kuitenkin vertailuajanjaksolla joka vuosi enemmän ennen raskautta lievästi, merkittävästi, vaikeasti ja sairaalloisesti ylipainoisia synnyttäjiä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin verrattuna. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ennen raskautta ≥ 30 painoindeksin omaavien synnyttäjien määrä kasvoi vähitellen vuodesta 2010 vuoteen 2015. Lapin sairaanhoitopiirissä ennen raskautta painoindeksiltään merkittävästi lihavien synnyttäjien osuus kaikista synnyttäjistä vaihteli vuosina 2010–2015. Joka toinen vuosi määrä oli laskussa ja joka toinen vuosi nousussa. Eniten ennen raskautta ≥ 30 painoindeksin omaavia synnyttäjiä Lapin sairaanhoitopiirissä oli vuonna 2013. Syy siihen, miksi Lapin sairaanhoitopiirissä on enemmän ennen raskautta painoindeksiltään ylipainoisia

synnyttäjiä, löytynee elintavoista. Sotkanetistä saatujen tilastotietojen mukaan Lapin sairaanhoitopiirissä syödään vähemmän kasviksia ja harrastetaan vähemmän vapaa-ajan liikuntaa kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet 2005-2017a.)

Lapin sairaanhoitopiirissä oli vuosina 2010–2015 enemmän raskauden aikana tupakoineita kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Kuitenkin molemmissa sairaanhoitopiireissä raskauden aikana tupakoineiden määrä laski vuodesta 2010 vuoteen 2015 ja raskauden aikainen tupakointi oli joka vuosi paljon yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä (THL 2016a). Lapin sairaanhoitopiirissä oli vuosina 2013-2015 tupakoivia naisia ylipäätään enemmän kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, mikä selittää Lapin sairaanhoitopiirin raskauden aikana tupakoineiden suuremmat luvut (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet 2005-2017b).

Lapin sairaanhoitopiirissä oli vuosien 2010–2015 välisenä aikana joka vuosi enemmän raskaudenkeskeytyksiä tuhatta 15–49-vuotiasta kohden kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä raskaudenkeskeytysten määrä laski joka vuosi vähitellen, kun taas puolestaan Lapin sairaanhoitopiirissä raskaudenkeskeytykset lisääntyivät vuodesta 2011 vuoteen 2012, mutta tämän jälkeen olivat laskusuunnassa. Lapin sairaanhoitopiirin korkeammat raskaudenkeskeytysluvut selittynevät sillä, että Lapin sairaanhoitopiirissä oli vuosina 2010–2015 enemmän sekä 13–17-vuotiaiden tyttöjen, että alle 25-vuotiaiden nuorten raskauksia ja raskaudenkeskeytyksiä kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet 2005-2017d).

6.2 Luotettavuuden pohdinta

Tieteellisessä tutkimuksessa on tarkoituksena tuottaa tukittavasta ilmiöstä mahdollisimman luotettavaa tietoa. Arvioidessa tutkimuksen luotettavuutta selvitetään, kuinka todellisuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta luotettavuuden arviointi on välttämätöntä. (Kylmä – Juvakka 2012: 127.)

Opinnäytetyömme tulokset perustuvat Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisemiin tilastotietoihin, joten työn luotettavuus perustuu Perinataalitilasto – synnyttäjät, synnytyk-

set ja vastasyntyneet -tilastoraporttien oikeellisuuteen. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen mukaan tiedot ovat oikeita, jos tiedonantajat ovat ne oikein ilmoittaneet. Kuitenkin kaikki Terveiden ja hyvinvoinninlaitokselle lähettämät tiedot tarkistetaan ja virheelliseksi epäillyt ja puuttuvat tiedot tarkastetaan sairaaloista ja tämän jälkeen korjataan tietokantaan. Vastasyntyneistä pieni osa puuttuu syntymärekisteristä, jonka vuoksi rekisteriä on täydennetty Tilastokeskuksen ja Väestörekisterikeskuksen tiedoilla. Näiden lisäysten jälkeen tilastojen on arvioitu olevan sata prosenttisesti kattavia. THL julkaisee aiheesta uuden tilastoraportin joka vuosi ja Tilastoraporttien tilastot perustuvat edellisen kalenterivuoden aikana tapahtuneisiin tietoihin. Satunnaisvaihtelun vähentämisen vuoksi osa taulukoista on kuitenkin tehty kaksivuotisjaksoissa. (THL 2016a.)

Perinataalitilastot eli syntyneiden lasten rekisterit sisältävät tietoja kaikista Suomessa synnyttäneistä äideistä ja syntyneistä lapsista 7 vuorokauden ikään asti. Tietojen keräämistä säätelevät laki Terveiden ja Hyvinvoinninlaitoksesta (THL) (668/2008), Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) tilastotoimesta annettu laki (409/2001) sekä terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annettuun laki (556/1989) ja sen nojalla annettu asetus (774/1989). Syntyneiden lasten rekisterin tarkoitus on tietojen kerääminen synnytystoiminnan, vastasyntyneiden hoidon ja äitiyshuollon kehittämistä ja tutkimista varten. THL on koonnut tiedot rekisteriin lomakkeilla, mitkä on sairaaloiden täytettävä jokaisesta syntyneestä lapsesta seitsemän vuorokauden ikää mennessä.

Saimme luotettavia tuloksia tutkimuskysymykseemme, esiintyykö Helsingin ja Uudenmaan ja Lapin sairaanhoitopiirien synnytyksissä ja synnyttäjissä eroja. Työmme luotavuutta heikentää se, että emme löytäneet tieteellisistä tutkimuksista perusteluja sille, mistä erot sairaanhoitopiirien välillä johtuvat, vaan perustelut ovat muista tietolähteistä hankittuja ja omia pohdintoja.

6.3 Eettisyyden pohdinta

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkimusta tehdessä noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta sekä tutkimustyössä että tulosten tallentamisessa ja esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Myös eettiset ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaiset tiedonhan-

kinta- ja tutkimusmenetelmät sekä muiden tutkijoiden töille niille kuuluvan arvon antaminen kuuluvat hyvään tieteelliseen käytäntöön. (Kuula 2006: 34–35.) Kaksi tutkimuksen keskeistä eettistä tekijää ovat myös yhteiskunnallinen ulottuvuus ja oikeudenmukaisuus. Yhteiskunnallinen ulottuvuus tarkoittaa, että tutkimuksesta on oltava hyötyä muille. Oikeudenmukaisuus puolestaan toteutuu, kun tärkeimmät tutkimustulokset on raportoitu. (Kylmä – Juvakka 2012: 144, 154).

Olemme näiden kriteereiden mukaisesti rehellisesti, huolellisesti, tarkasti ja oikeudenmukaisesti esittäneet THL:n vuosien 2010–2015 perinataalitalastoista saamamme tulokset. Lähdeviitteet ja lähteet ovat tarkasti merkitty, jotta alkuperäiset tekijät ovat niistä helposti löydettävissä ja olemme myöskin tällä opinnäytetyöllä tuottaneet tietoa, jota voidaan hyödyntää päätöksenteossa ja jonka avulla kaikki saavat tietoa tutkimastamme aiheesta. Olemme siis toteuttaneet opinnäytetyön hyviä tieteellisiä tapoja noudattaen.

6.4 Tulosten hyödynnettävyys ja tulevaisuuden kehittämishaasteet

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota päätöksentekijät voivat hyödyntää synnytyksiä ja synnyttäjiä koskevissa päätöksissä: esimerkiksi synnytyssairaaloiden lakkauttamista mietittäessä. Tulokset osoittivat, että Helsingin ja Uudenmaan ja Lapin sairaanhoitopiirien synnytyksissä ja synnyttäjissä on eroja. Suomessa on kuitenkin yhteensä 20 sairaanhoitopiiriä, joista vertailimme vain kahta. Tulevaisuudessa olisikin syytä kartoittaa myös muita sairaanhoitopiirejä, jotta koko Suomen synnytysten ja synnyttäjien tilanteesta saataisiin kokonaisvaltainen kuva. Myöskin näitä jo meidän kartoittamia kahta sairaanhoitopiiriä voisi tutkia vielä laajemmin, sillä emme käyttäneet vertailussa kaikkia tarjolla olevia tilastoja.

Lähteet

Adsera, Alicia 2011. Where are the babies? Labor market conditions and fertility in Europe. *European Journal of Population* 27(1). 1-32.

Belaid, Loubna – Bonapace, Julie – Chaillet, Nils, – Crochetière, Chantal – Dugas, Marylène – Gagné, Guy-Paul – Moutquin, Jean Marie – Rossignol, Michel – Roy, Louise – Wassef, Maggy 2014. Nonpharmacologic Approaches for Pain Management During Labor Compared with Usual Care: A Meta-Analysis. *Birth* 41. 122–137.

Bolding April – Simkin, Penny 2004. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49 (6). 489-504.

European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. 2013. Verkkodokumentti <<http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>> Luettu 26.9.2016

Gissler, Mika Terveystiedon ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimusprofessori. Henkilökohtainen tiedonanto. Helsinki 21.2.2017

Gissler, Mika – Sankilampi, Ulla 2015. Synnyttäjän ylipaino on riski myös syntyvälle lapselle. *Lääkärilehti* 70 (14-15). 947-948.

Heikinheimo, Oskari – Suhonen, Satu 2011. Raskaudenkeskeytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 169-174.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017. Milloin lähteä sairaalaan? Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/vauvamatkalla/milloin-sairaalaan/Sivut/default.aspx>> Luettu 4.4.2017

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Ilola, Vuokko – Ruoho, Aila 2014. Usko, toivo ja raskaus. Atena kustannus Oy.

Jouppila, Pentti – Jouppila, Riitta 2005. Synnytyksessä puhuttua jatkuvasti. *Lääkärilehti* 60 (7). 771.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. 2. painos. Helsinki: Edita.

Laine, Jukka – Lehtonen, Tanita – Tikkanen, Minna 2017. Tupakointi raskauden aikana voi johtaa sikiökuolemaan ja istukan ennenaikaiseen irtoamiseen. *Duodecim* vol. 133 no. 6 s. 524-526.

Lainiala, Lassi 2012. Toiveesta toteutukseen: Suomalaisten lastenhankintaa selittäviä tekijöitä. Helsinki: Väestöliitto ry Väestöntutkimuslaitos.

Laki raskauden keskeyttämisestä 239/1970. Annettu Helsingissä 24.3.1970.

Lapin Liitto 2017. Sosiaali- ja terveysterveyst. Verkkodokumentti.
<<http://www.lappi.fi/asuminen/terveys>> Luettu 26.9.2016

Lapin sairaanhoitopiiri 2017. Milloin sairaalaan? Verkkodokumentti<http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Naistentaudit_ja_synnytykset/Synnytys_ja_synnytyssvastaanotto/Synnytys/Synnytykseen_valmistautuminen/Milloin_sairaalaan_> Luettu 4.4.2017

Lapin Sairaanhoitopiiri 2016. Verkkodokumentti. <<http://www.lshp.fi/fi-fi/Sairaanhoitopiiri>> Luettu 26.9.2016

Marttala, Karoliina 2015. THL ja ministeriön selvitysmies eri mieltä synnytyssairaaloiden lopettamisesta. Yle Uutiset. Verkkodokumentti. < <http://yle.fi/uutiset/3-8268608>> Luettu 8.4.2017

Miettinen, Anneli 2015. Miksi syntyvyys laskee? Helsinki: Väestöliitto ry. Väestöntutkimuslaitos.

Mustajoki, Pertti 2015. Painoindeksi (BMI). Duodecim Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tta00010> Luettu 8.3.2017

Nieminen, Kari 2015. Pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:35. Verkkodokumentti <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126814/URN_ISBN_978-952-00-3599-0.pdf?sequence=1> Luettu 6.3.2017

Nieminen, Kari 2016. Synnytysten keskittäminen lisää turvallisuutta. Lääkärilehti 71 (25-32). Verkkodokumentti <<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/synnytysten-keskittaminen-lisaa-turvallisuutta/>> Luettu 15.3.2017

Niinimäki, Maarit 2012. Raskaudenkeskeytykseen päätnyt nainen tarvitsee tukea. Lääkärilehti 67 (5). 316.

Nordic Statistical Institutes and Eurostat 2016. Pohjoismainen tilastopankki. Verkkodokumentti. <<http://norden.statbank.dk>> Luettu 7.3.2017

Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2016. Verkkodokumentti.
<<https://www.ppshp.fi/erityisvastuualue>> Luettu 26.9.2016

Raussi-Lehto, Eija 2015. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari. Kätilötyö: raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava. 248-288.

Sariola, Anna – Tikkanen, Minna 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 315-325.

Sarvela, Johanna – Toivonen, Hannu – Viitanen, Hanna 2007. Synnytyskipun lääkkeellinen lievitys. Anestesia- ja lääkäriin opas synnyttäjälle. Verkkodokumentti
<<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/synnytys/hyvinkaa-valmennus/PublishingImages/synnytysskipu.pdf>> Luettu 7.3.2017

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014. Annettu Helsingissä 23 päivänä syyskuuta 2014.

Suomen evankelis-luterilainen kirkko. Lestadiolaisuus. Verkkodokumentti <<http://evl.fi/sanasto/-/glossary/word/Lestadiolaisuus>> Luettu 23.3.2017

Suomen Kuntaliitto 2017. Sairaanhoidopiirit. Verkkodokumentti. <<http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoidopiirit/Sivut/default.aspx>> Luettu 16.2.2017

Synnytykset. 2017. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri. Verkkodokumentti <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/Sivut/default.aspx>> Luettu 8.3.2017.20.4.2017

Tapper, Anna-Maija 2011. Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2011:8. Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112364/URN%3ANBN%3Afi-fe201504224547.pdf?sequence=1>>

THL 2011. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2010. Tilastoraportti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80138/Tr27_11.pdf?sequence=1> Luettu 16.2.2017

THL 2012. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Tilastoraportti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103082/Tr20_12.pdf?sequence=1> Luettu 16.2.2017

THL 2013. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012. Tilastoraportti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110498/Tr24_13.pdf?sequence=4> Luettu 16.2.2017

THL 2014. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Tilastoraportti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116818/Tr23_14.pdf?sequence=3> Luettu 16.2.2017

THL 2015. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Tilastoraportti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126971/Tr19_15.pdf?sequence=5> Luettu 16.2.2017

THL 2016a. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Tilastoraportti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr_16_2016.pdf?sequence=1> Luettu 16.2.2017

THL 2016b. Pohjoismaiset perinataalitulastot. Tilastoraportti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130261/Tr04_16.pdf?sequence=1> Luettu 21.2.2017

THL 2016c. Raskaudenkeskeytykset. Tilastoraportti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131321/Tr17_16.pdf?sequence=3> Luettu 15.3.2017

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2005-2017a. Niukasti sekä tuoreita että kypsennettyjä kasviksia käyttävien osuus (%) sekä Vapaa-

ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%). <<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY0LYk3tDYsjTcEAA==®ion=s7b0iE8EAA==&year=sy4rszbV0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=ff>> Luettu 29.3.2017

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2005-2017b. Päivittäin tupakoivien osuus (%). <<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY0CYo3BAA=®ion=s7b0iE8EAA==&year=sy4rszbV0zUEAA==&gender=f&abs=f&color=f>> Luettu 4.4.2017

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2005-2017c. Raskauden aikana tupakoineet. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_aJAgA=®ion=s7b0iE8EAA==&year=sy4rszbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f> Luettu 23.2.2017

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2005-2017d. Raskaudenkeskeytykset ja nuorten raskaudet. <<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szZ2tTZPs7Z0sS5yBQA=®ion=s7b0iE8EAA==&year=sy4rszbV0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f>> Luettu 21.3.2017

Tiitinen, Aila 2016. Raskaus ja tupakointi. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00984> Luettu 4.4.2017

Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <<http://www.stat.fi/org/index.html>> Luettu 20.2.2017.

Tilastokeskus 2017. Sairaanhoidopiirit – luokituksen kuvaus. <<http://www.stat.fi/meta/luokitukset/sairaanhoidop/001-2017/kuvaus.html>> Luettu 20.2.2017

Tilastokeskus 2016a. Syntyneet. Verkkojulkaisu <http://www.stat.fi/til/synt/2015/02/synt_2015_02_2016-12-08_tie_001_fi.html> Luettu 8.3.2017

Tilastokeskus 2016b. Väestö. Verkkojulkaisu. <http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html> Luettu 20.2.2017

Vihavainen, Suvi 2016. Synnytyksosastojen sulkemiset näkyvät matkasynnytysten yleistyksenä – viime vuosina Suomessa synnytetty jopa helikopterissa. Helsingin Sanomat. Verkkodokumentti. <<http://www.hs.fi/kotimaa/art-2000002902383.html>> Luettu 8.4.2017

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

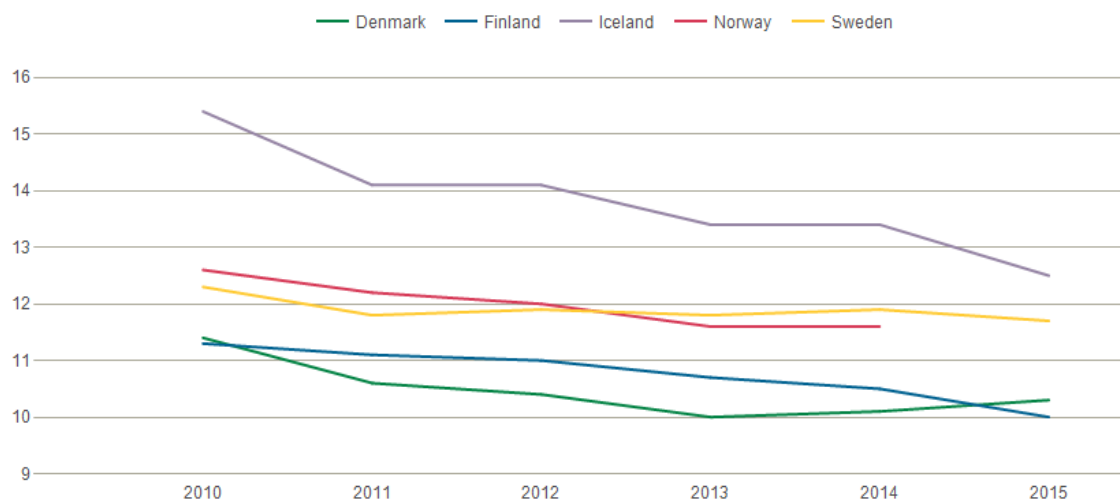
Virtanen, Terhi 2015. Lausunto. Suomen Kätilöliitto ry. Helsinki <<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2015-AK-17124.pdf>>

Väestöliitto 2017. Väestöntutkimuslaitos. <http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/>

Äimälä, Anna-Mari 2015. Matkasynnytys. Teoksessa Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Äimälä, Anna-Mari. Kätilötyö: raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava. 385-388

Kuvaaja syntyvyydestä Pohjoismaissa vuosina 2010–2015

Indicator: **Crude birth rate** | Reporting country:



(Nordic Statistical Institutes and Eurostat 2015)